



**Juliana Paula  
Pinto de Sá**

**Deglutição e Envelhecimento**



**Juliana Paula  
Pinto de Sá**

## **Deglutição e Envelhecimento**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus, Professor Coordenador da Universidade de Aveiro.

*“Tudo posso Naquele que me fortalece”*  
Bíblia (Filipenses 4:13)

## **o júri**

presidente

Professor Doutor António Joaquim da Silva Teixeira  
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

vogais

Professora Doutora Isabel Cristina Ramos Peixoto Guimarães  
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus (orientador)  
Professor Coordenador da Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

Ao Centro Dia e Lar Paroquial de Maceda e ao Centro Dia Paroquial de Válega por ter possibilitado a aplicação dos protocolos, em especial à Dra. Marta Reis e a Dra. Carla Cabral pela atenção e colaboração.

Aos idosos que se mostraram disponíveis para a realização da avaliação e que além de resultados, ofereceram ensinamentos que só a vida pode confiar.

Aos meus pais que mais uma vez colocaram os meus sonhos em primeiro lugar mesmo tendo que, para isso, abdicarem da minha presença física. Vocês fazem parte de todas as minhas conquistas!

Ao Tiago pelo amor inigualável, companheirismo, pela paciência, compreensão, ajuda e descontração nos momentos de aflição e cansaço.

À “minha” família portuguesa por todo auxílio, carinho e aconchego.

À Sónia pela amizade e contribuição.

## Palavras-chave

Deglutição, Envelhecimento, Diagnóstico, Anamnese, Avaliação Estrutural, Avaliação Funcional, Disfagia e Reabilitação.

## Resumo

**Objectivos:** O trabalho do Terapeuta da Fala com os pacientes que apresentam disfagia, cada vez mais requer a necessidade de aprimorar a avaliação da deglutição, a fim de compreender o seu mecanismo para prevenir os possíveis sinais clínicos que possam surgir. A disfagia, ou alteração da deglutição, é um problema muito frequente na população idosa, principalmente porque doenças que podem ocasionar a disfagia (e.g., acidente vascular cerebral, doença de Parkinson ou doença de Alzheimer) são mais prevalentes nesta faixa etária. Dessa forma o objectivo principal deste estudo é tentar compreender e explicar o aparecimento da disfagia no idoso, visto que o envelhecimento associado a doenças neurológicas, aumentam a probabilidade da disfagia surgir, e resultam em complicações e num agravamento do quadro clínico.

**Método:** O trabalho centrou-se na análise da probabilidade de a população idosa apresentar a disfagia. Sabe-se que a disfagia pode piorar o quadro clínico do idoso, levando a desnutrição, desidratação, pneumonias aspirativas e até mesmo ao óbito. Este estudo foi realizado com pacientes idosos que se encontram em dois Centros Paroquiais, nas freguesias do concelho de Ovar, em Portugal. O estudo incidiu sobre 50 idosos, com idades compreendidas entre 57 e 99 anos. Foi aplicado o protocolo proposto para a avaliação da disfagia, composto por duas etapas: a anamnese e a avaliação (composta por uma avaliação estrutural e por uma avaliação funcional, com alimentos de consistências líquida, pastosa e sólida).

**Resultados e Discussão:** Foram analisados os resultados considerados mais relevantes para o diagnóstico da disfagia, sendo possível caracterizar a população avaliada. Foram encontrados idosos que devido à presença de sinais clínicos de penetração e aspiração, decorrentes de uma mastigação ineficiente (devido à ausência de dentes, hipotonia da musculatura orofacial e diminuição do reflexo da deglutição), poderiam apresentar um prognóstico reservado. No entanto desenvolveram adaptações ao longo dos anos, que diminuem as consequências da disfagia. Além disso, foi possível perceber em comparação a outros estudos que o protocolo desenvolvido neste estudo é pertinente quanto a sua funcionalidade e estruturação.

**Conclusões:** Os riscos da população idosa dos lares pesquisados são muito semelhantes aos de outros idosos institucionalizados em Portugal. Estes idosos precisam de avaliação, reabilitação e orientação afim de diminuir os riscos de penetração e aspiração. Ao aplicar o protocolo verificou-se que uma anamnese bem feita e com informações complementares do paciente fornecidos pelo mesmo ou por acompanhantes são de extrema importância. A anamnese fornece informação complementar aos dados recolhidos pela avaliação estrutural e funcional, oferece ao Terapeuta da Fala conhecimentos que permitem diagnosticar, planear a sua intervenção terapêutica e orientar os cuidadores e familiares.

## keywords

Swallowing, Aging, Diagnosis, Clinical History, Structural Assessment, Functional Assessment, Dysphasia and Rehabilitation.

## abstract

**Objectives:** The work of the Speech Language Therapist with patients, who have dysphagia, requires the improvement of swallowing assessment in order to understand its mechanism and to prevent the possible clinical signs that may arise. Dysphasia or the alteration of swallowing is a very common problem amongst elders, mainly because the diseases that can cause dysphasia (e.g., stroke, Parkinson's Disease or Alzheimer's Disease) are more prevalent in this age group. Thus, the main objective of this study was to understand and explain the onset of dysphasia in the elderly, since the neurological diseases associated with aging, increase the likelihood of dysphasia to appear, resulting complications and worsening of the clinical condition.

**Method:** The focus of this work was the analysis of the likelihood of the elderly population to show dysphasia. It has long been known that dysphasia may worsen the clinical condition of the elderly, leading to malnutrition, dehydration, aspiration pneumonia and even to death. This study was conducted with elderly patients who were institutionalized at two parish centres in the region of Ovar, Portugal. The study focused in 50 elders, aged between 57 years old and 99 years old. The proposed protocol was applied for the evaluation of dysphasia, and was composed of two stages: a clinical history and assessment (composed of a structural assessment and a functional assessment with food having liquid, semi-solid and solid consistencies).

**Results and Discussion:** The results that were considered most relevant to the diagnosis of dysphasia were analysed, including a characterisation of the population involved in this study. Some elders with clinical signs of penetration and aspiration caused by inefficient chewing (caused by the lack of teeth, hypotonia of the orofacial muscles and reduction of the swallowing reflex), could have presented a reserved prognosis, but had developed adaptations over the years that reduced the consequences of dysphasia. Furthermore, it was possible to understand in comparison to other studies that the protocol developed in this study is relevant in its functionality and structure.

**Conclusions:** The risks of the elderly population of nursing homes that have been studied are very similar to those of other institutionalised elders in Portugal. These seniors needed assessment, rehabilitation and guidance in order to reduce the risk of penetration and aspiration. The use of the protocol lead us to conclude that well structured report of the clinical history with the patient information, supplied by the clinicians or by the patients family, is extremely important. The clinical histories, along with the data collected by the structural and functional assessments, provide a wide knowledge base so that the Speech Language Therapist can diagnose, plan the therapy and advise caretakers and relatives.

## **Índice**

<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
1.1. Motivações e objectivos do estudo .....	1
1.2. Estrutura da Dissertação .....	1
<b>2. Revisão da Literatura.....</b>	<b>3</b>
2.1. Envelhecimento e as Doenças Neurológicas .....	3
2.2. Deglutição e Disfagia .....	5
2.3. A disfagia no Idoso .....	6
2.4. Equipa Multidisciplinar .....	8
2.5. Avaliação da Disfagia.....	9
2.5.1. Anamnese .....	10
2.5.2. Avaliação Estrutural .....	11
2.5.3. Avaliação Funcional .....	12
2.5.4. Avaliação Instrumental.....	13
2.6. Sumário.....	15
<b>3. Método .....</b>	<b>17</b>
3.1. Problemática .....	17
3.2. Amostra .....	17
3.3. Aplicação dos Protocolos .....	18
3.4. Preenchimento do Protocolo.....	19
3.5. Análise Estatística .....	19
<b>4. Resultados e Discussão .....</b>	<b>21</b>
4.1. Anamnese .....	21
4.2. Avaliação Estrutural .....	24
4.3. Avaliação Funcional .....	29
4.4. Sumário.....	36
<b>5. Conclusões .....</b>	<b>39</b>
5.1. Conclusões.....	39
5.2. Trabalho Futuro .....	40
<b>Bibliografia.....</b>	<b>43</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>50</b>





# **1. Introdução**

## **1.1. Motivações e Objectivos do estudo**

As alterações na dinâmica da deglutição são comuns nos pacientes idosos e principalmente com algum comprometimento neurológico. Caracterizam-se pelo quadro clínico denominado disfagia orofaríngea decorrente do envelhecimento ou neurogénica resultante de alguma patologia neurológica. O quadro de disfagia pode trazer graves consequências clínicas para o paciente, como desnutrição, desidratação e até mesmo pneumonias aspirativas, podendo levar ao óbito.

O trabalho do Terapeuta da Fala com os pacientes que apresentam disfagia, envolve a avaliação da deglutição, a fim de compreender o seu mecanismo para prevenir possíveis perturbações que possam surgir. Para que possa ser efectuada uma reabilitação, definindo um plano de intervenção adequado, é necessário uma anamnese do paciente e uma avaliação completa da deglutição e das estruturas envolvidas neste processo.

Visto que em Portugal, o número de idosos aumenta a cada dia e que os estudos na área da disfagia, principalmente no idoso, são escassos, a informação detalhada sobre as propriedades do processo da deglutição é central na actuação do Terapeuta da Fala. Com os resultados deste estudo, espera-se contribuir para uma avaliação mais detalhada da disfagia e para uma melhor compreensão de todo este processo, o que será relevante para a reabilitação do utente, aumentando a qualidade de vida e diminuindo o risco de desnutrição, desidratação e até mesmo de pneumonias aspirativas.

A aluna, tem-se apercebido na sua prática clínica em Terapia da Fala que existe um aumento na procura de terapia para idosos com disfagia, e que as consequências clínicas que os utentes têm apresentado, poderiam ser minimizadas se houvesse um maior conhecimento do assunto, associado a um processo de avaliação mais rápido e mais precoce. Assim, mais uma vez justifica-se o estudo das características das alterações da deglutição no idoso com alteração neurológica assim como a elaboração de uma avaliação mais detalhada, rica em dados, para o planeamento de uma intervenção mais específica e objectiva.

Dessa forma, este trabalho tem como objectivos: analisar a disfagia no idoso, visto que o envelhecimento associado a doenças neurológicas, aumentam as probabilidades da disfagia surgir; caracterizar qual a fase da deglutição que apresenta mais alteração e quais consequências clínicas que pioram a qualidade de vida destes utentes. Foram desenvolvidos protocolos para uma avaliação objectiva e com dados relevantes para o diagnóstico da disfagia. Os protocolos foram desenvolvidos a partir de uma revisão bibliográfica dos protocolos já existentes e utilizados noutros países e que são considerados referência na área da disfagia. Também foram incluídos os aspectos de funcionalidade através das limitações ao nível das funções e estruturas do corpo, na participação e no desenvolvimento de actividades segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde (CIF), sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS 2003).

## **1.2. Estrutura da Dissertação**

Este trabalho está dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, o tema proposto é introduzido de uma forma sucinta onde são expostos os motivos que levaram a aluna a investigar o presente tema e quais são os objectivos do mesmo. No capítulo seguinte, encontra-se a Revisão da Literatura, onde o tema proposto é descrito aos olhos de outros estudos, caracterizando o envelhecimento e as

principais patologias encontradas no idoso. A anamnese, a avaliação estrutural, a avaliação funcional e a avaliação instrumental são analisadas.

O capítulo seguinte (Metodologia) apresenta a problemática encontrada, as questões de partida, objectivo geral e específico, além da caracterização da população estudada, descrevendo os critérios de inclusão e exclusão. Encontra-se ainda descrito a aplicação dos protocolos e bem como o modo de como foi realizada a análise estatística. Segue-se então o capítulo da apresentação dos resultados e uma sucinta discussão e comparação com outros estudos. No último capítulo apresentam-se as principais conclusões que se obtiveram neste estudo, bem como as sugestões para futuras pesquisas.

## **2. Revisão da Literatura**

Neste capítulo será descrito, a partir de uma revisão da bibliografia actualizada, os temas que estão relacionados com a Disfagia e o Envelhecimento.

### **2.1. Envelhecimento e as Doenças Neurológicas**

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida (Carrilho e Gonçalves 2005).

Em Portugal, a percentagem de pessoas com mais de 65 anos, ou seja idosas, duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. Actualmente, existem 112 idosos para cada 10 jovens. De acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que este número volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população, 240 idosos para cada 100 jovens (Carrilho e Gonçalves 2005).

Os principais valores da sociedade actual e também os mais prioritários, são a produção, a rentabilidade, o consumismo e o lucro, face às quais e de acordo com as actuais normas sociais, as pessoas com 65 ou mais anos não têm possibilidades de competir devido as habilidades regenerativas limitadas, mudanças físicas e emocionais que expõe a perigo a sua qualidade de vida.

Com o avançar da idade, ocorrem alterações estruturais e funcionais próprias do processo de envelhecimento, porém isso não deve ser considerado como doença, sendo muito importante diferenciar o processo de envelhecimento e as afecções que são mais prevalentes nessa faixa etária (Maciel e Maciel 2003).

Sendo assim, é de extrema importância a investigação de aspectos que comprovem as alterações advindas do envelhecimento, pois, através de programas de prevenção e reabilitação podem-se proporcionar condições para uma maior qualidade de vida a estes indivíduos (Bacha, Giglio et al. 1999)

Cada sistema tem o seu tempo de envelhecimento, mas sem a interferência dos factores ambientais há alterações que se dão mais cedo e se tornam mais evidentes quando o organismo é agredido pela doença. A nível do sistema nervoso, existe fundamentalmente perda de neurónios substituídos por tecido glial, a diminuição do débito sanguíneo, com consequente diminuição da extracção da glicose e do transporte do oxigénio e a diminuição de neuromodeladores que condicionam a lentidão dos processos mentais, alterações da memória, da atenção, da concentração e pensamento (Maciel e Maciel 2003). De entre as patologias encontradas nos idosos, este trabalho descreverá apenas algumas como: a demência, a cardiopatia, o acidente vascular cerebral (AVC), o Alzheimer e o Parkinson.

O termo *demência* refere-se, assim, não a uma doença, mas a um conjunto de sinais e sintomas (síndrome) apresentados habitualmente por pessoas portadoras de diversas enfermidades que conduzem à danificação ou perda anormal de células cerebrais. A prevalência da demência duplica a cada cinco anos após os 60 anos. Inúmeras são as causas da demência, cujo diagnóstico específico depende de conhecimento das diferentes manifestações clínicas e de uma sequência específica de exames complementares. Entre os sinais deste dano cerebral estão as perturbações do funcionamento

mental da pessoa, memória, atenção, concentração, linguagem e pensamento, com inevitáveis repercussões no seu comportamento habitual (Feinberg, Ekberg et al.1992).

A *doença de Alzheimer* é uma doença degenerativa, progressiva e irreversível que compromete irremediavelmente o cérebro causando alterações comportamentais profundas, dificuldade no raciocínio e diminuição da memória, com efeitos devastadores sobre o doente e sobre a família. Não há nenhum exame que permita diagnosticar, de modo inquestionável, a doença. A única forma de o fazer é examinando o tecido cerebral obtido por uma biopsia ou necrópsia. Assim, o diagnóstico da doença de Alzheimer faz-se pela exclusão de outras causas de demência, pela análise do historial do paciente, por análises ao sangue, tomografia ou ressonância, entre outros exames (Aspesi 2001).

Classifica-se a *doença de Parkinson* entre as afecções degenerativas do sistema nervoso que manifestam um envelhecimento prematuro de certas estruturas e que levam à sua degeneração. O diagnóstico é feito pelos sintomas e sinais que o paciente apresenta e pelo exame clínico. Infelizmente não há nenhum tipo de exame complementar que confirme o diagnóstico, os exames de tomografia ou ressonância servem apenas para afastar alguma dúvida quanto à possibilidade de diagnóstico de outras doenças. Os sintomas da doença de Parkinson variam de pessoa para pessoa. Pode ser caracterizada por rigidez muscular e tremor. Costuma atingir um ou dois lados do corpo e tem carácter progressivo (Weikersheimer 1997). Dessa forma, a musculatura orofacial também sofrerá alterações, dificultando o processo da deglutição.

O *Acidente Vascular Cerebral (AVC)* é definido como um deficit neurológico (sinal e/ou sintoma) causado por interrupção do fluxo sanguíneo a uma determinada região encefálica, com duração dos sintomas maior que 24 horas e/ou presença de lesão cerebral pelos exames de imagem (Barros, Fábio et al. 2006). Existem dois tipos principais de AVC, o isquémico e o hemorrágico. O *AVC isquémico* é provocado pelo bloqueio de um vaso sanguíneo ou de uma artéria, o que impede a corrente sanguínea de atingir partes do cérebro. O *AVC hemorrágico* é provocado pela ruptura de um vaso sanguíneo, que leva ao derrame de sangue para dentro do cérebro ou para a área que o rodeia (Barros, Fábio et al. 2006). Entre os factores de risco, o principal é a hipertensão arterial sistémica (HAS), que eleva o risco de AVC (tanto isquémico como hemorrágico) em três ou quatro vezes. A diabetes mellitus também aumenta, de forma independente o risco em duas ou quatro vezes. O tabagismo, o consumo de álcool, o uso de contraceptivos orais, algumas doenças cardíacas e a obesidade (embora esta não seja um factor de risco independente) aumentam o risco de AVC. A idade avançada é isoladamente o maior factor de riscos de AVC em factores de risco não modificáveis. Os problemas neurológicos decorrentes dum AVC podem resultar em sequelas motoras globais, perturbações de fala, linguagem e deglutição (Barros, Fábio et al. 2006).

As *cardiopatias* têm uma prevalência de 1 a 2% na população geral. O passar dos anos somado à uma vida sedentária, torna o coração mais vulnerável à insuficiência cardíaca e ao aparecimento de arritmias. A parede das artérias sofre uma importante diminuição na elasticidade, o que leva a um aumento da pressão sistólica. É uma doença muito limitadora, necessitando os seus portadores, com certa frequência, de hospitalização para compensação, especialmente para os casos de maior comprometimento cardíaco. As cardiopatias são consideradas o segundo factor de risco mais importante para AVC, cuja frequência é 42% para AVC isquémico (contra cerca de 2,0% para AVC hemorrágico) (Pires, Gagliardi et al. 2004). Os cardiopatas podem apresentar dificuldade no processo de deglutição, principalmente pela falta de coordenação da deglutição com a respiração.

A probabilidade de doenças neurológicas aparecerem no envelhecimento é grande, contribuindo para um quadro clínico mais reservado, com maiores limitações e consequências na vida do idoso. A disfagia pode ser considerada um sintoma da doença de base ou advinda do próprio envelhecimento.

## 2.2. Deglutição e Disfagia

A *deglutição*, é um processo neuromotor extremamente complexo que envolve a coordenação de um grande grupo de músculos, responsáveis por efectuar o transporte do bolo alimentar da cavidade oral para o estômago e tem como principais funções a nutrição e a hidratação do corpo (Furkim e Silva 1999; Rosado, Amaral et al. 2005). Durante o processo da deglutição ocorre uma pausa respiratória, que visa proteger as vias aéreas de possíveis aspirações (Furkim e Silva 1999).

A deglutição pode ser dividida em quatro fases: preparatória, oral, faríngea, esofágica (Giubbina e Assencio-Ferreira 2002).

O trabalho da terapia da fala relacionado com o sistema estomatognático restringiu-se inicialmente à função de deglutição (Padovan 1976). Porém, actualmente, a importância de outras funções como a mastigação (Costa 2000) e a respiração para o desenvolvimento e reabilitação deste sistema, têm sido evidenciados (Krakauer e Guilherme 1998).

A *mastigação* pode ser considerada a função mais importante do sistema estomatognático, pois constitui a fase inicial do processo digestivo que se inicia na boca (Silva, Natali et al. 2007). Quando a mastigação atinge um padrão adulto, é composta de três etapas: incisão ou mordida, trituração e pulverização (Ray 2001):

A função mastigatória pode ser avaliada subjectivamente, por meio de questionários ou, objectivamente, utilizando testes de eficiência mastigatória que medem a capacidade das pessoas em reduzir os alimentos a pequenas partículas (Batesm, Stanford et al. 1976). A *eficiência mastigatória* pode ser avaliada através da análise da distribuição do tamanho das partículas de um alimento teste, obtida após a sua mastigação ao longo de um número fixo de ciclos mastigatórios (Fontijin, Slagter et al. 2000). A consistência dos alimentos é referida como factor que influencia directamente a eficiência da deglutição (Shore, Babbitt et al. 1998). A consistência inadequada dos alimentos pode causar riscos de engasgos, “stress” e desencorajar a dieta via oral (Dahl, Thommessen et al. 1996; Shore, Babbitt et al. 1998).

O *sistema respiratório* consiste num conjunto de órgãos tubulares e alveolares situado na cabeça, pescoço e cavidade torácica, responsável pela respiração, que são trocas gasosas efectuadas entre o organismo e o meio ambiente. O ar entra por sucção e circula pela cavidade nasal, faringe, laringe, traqueia e brônquios antes de chegar aos pulmões, e, portanto, a integridade destas estruturas é fundamental para permitir uma respiração eficiente (Marchesan 1998).

A alteração da respiração pode acarretar, entre outros, a ineficiência na mastigação levando a problemas digestivos e engasgos pela incoordenação da respiração com a mastigação, deglutição atípica com a presença de ruídos e movimentos compensatórios de cabeça (Minervini, Scioli et al. 1990; Schinestsck 1996).

Por vezes, algumas das funções do sistema estomatognático, citadas anteriormente, podem apresentar-se alteradas, e a deglutição ser prejudicada. Os engasgos podem significar uma alteração da deglutição, a disfagia, que pode ser considerada um sintoma da doença de base, podendo ser congénita ou adquirida (Odderson e McKenna 1993; Furkim e Silva 1999).

A *disfagia* caracteriza-se por uma perturbação da deglutição ou qualquer dificuldade do trânsito do bolo alimentar da boca até o estômago, associado a complicações, tais como: desnutrição, pneumonia aspirativa, penetração laríngea, presença de saliva ou restos alimentares no vestíbulo laríngeo antes, durante ou após a deglutição (Odderson e McKenna 1993). Secreções, líquido ou restos alimentares acumulam-se por vezes no adito laríngeo, e com estes resíduos pode ocorrer a penetração laríngea ou a aspiração laringotraqueal. A *penetração* é a presença de resíduos alimentares que invadem a via aérea, porém permanecendo acima do plano das pregas vocais. A evidência de penetração laríngea, deve ser valorizada com base na constatação de que estes resíduos podem permanecer a este nível e penetrarem posteriormente na via aérea, resultando numa aspiração

laringotraqueal (Rosenbeck, Robbins et al. 1996; Jacobi, Levy et al. 2003). A *aspiração* deve ser entendida como a presença de materiais abaixo do plano das pregas vocais, potenciando o desenvolvimento de pneumonia aspirativa que é uma causa comum de óbito entre pacientes com disfagia por doença neurológica e idosos institucionalizados (Perlman e Schulze-Delrieu 1997; Jacobi, Levy et al. 2003). A aspiração pode ser maciça ou silenciosa. A *aspiração maciça* é definida como a penetração de resíduos alimentares ou saliva abaixo do nível das pregas vocais, com sibilância, tosse, dispneia, cianose, edema pulmonar, hipotensão, hipoxemia e evolução para síndrome da distrição respiratória aguda (Jacobi, Levy et al. 2003). A *aspiração silenciosa* é definida como a penetração de saliva ou alimento abaixo do nível das pregas vocais, sem haver sintomas de tosse ou qualquer indicativo de dificuldade de deglutição; a redução da sensibilidade pode ocorrer devido a uma habituação nos receptores sensitivos laríngenos que, por causa da aspiração crônica, acabam por ser dessensibilizados (Loughlin 1989; Horner e Massey 1988; Furkim e Santini 1999).

A classificação da disfagia é feita de acordo com os problemas nas fases de deglutição, sendo então classificadas em disfagias oro faríngeas, quando existem alterações na fase oral e faríngea; e disfagias esofágicas, quando existem alterações e mudanças na fase esofágica da deglutição. A disfagia orofaríngea pode ser classificada, de acordo com a etiologia: a disfagia mecânica, decorrente do envelhecimento, psicogénica, induzida por drogas e neurogénica (Filho, Gomes et. al. 2000).

Na *disfagia decorrente do envelhecimento* ocorre redução da reserva funcional dos vários órgãos e sistemas do organismo, com deterioração do sistema sensitivo e da função motora (Filho, Gomes et. al. 2000).

A *disfagia neurogénica* consiste numa disfunção no processo da deglutição causada, necessariamente, por perturbações neurológicas como a demência, doença de Parkinson, a doença de Alzheimer, o AVC, entre outras (Jacobi, Levy et al. 2003).

De acordo com a gravidade dos sintomas apresentados pode ainda ser classificada em: leve, moderada e severa (Marchesan 1998).

Neste estudo será explorada a disfagia decorrente do envelhecimento e neurogénica, de acordo com o grupo de investigação.

O estilo de vida e a alimentação, ao longo dos anos, são os factores que maior influência tem na saúde e bem-estar na velhice.

### **2.3. A Disfagia no Idoso**

A disfagia é um problema muito frequente na população idosa (Nilson, Ekberg et al. 1996; Fucile, Wright et al. 1998; Bilton, Soares et al. 1999; Furkim e Santini 1999; Schindler e Kelly 2002). Doenças como o AVC, Parkinson e Alzheimer são mais prevalentes nesta faixa etária, dessa forma esta população apresenta pois um maior risco de disfagia, em consequência dos efeitos do processo de envelhecimento no mecanismo da deglutição. Apesar do envelhecimento “fisiológico” não ser, isoladamente, uma causa da disfagia, ele pode produzir maior vulnerabilidade às perturbações da deglutição em indivíduos mais susceptíveis (Jacobi, Levy et al. 2003).

Durante o processo de envelhecimento, além das modificações das estruturas orais existe também a perda das papilas gustativas e a diminuição da percepção olfactiva, trazendo implicações para ingestão de alimentos, uma vez que o paladar é função conjunta entre as sensações gustativa e olfactiva. Além disso, as modificações do próprio padrão mastigatório, a má adaptação das próteses dentárias, redução do volume salivar devido a medicações e doenças associadas (vasculares, degenerativas ou metabólicas), a diminuição da propulsão e pressão da língua, a diminuição dos reflexos de protecção, o aumento da incidência de refluxo gastroesofágico e denervação senil do esófago sendo causas que agravam as alterações da deglutição (Furia e Pelegrini 2007).

Em estudos realizados com idosos, (Furkim e Santini 1999), há relatos de que a perda da dentição natural afecta a preparação do bolo alimentar e pode levar à fadiga prematura durante a alimentação. O idoso apresenta mudanças fisiológicas com a idade que o predispõem ao risco de desenvolver uma disfagia e, como resultado, alterações nutricionais (Maciel e Maciel 2003). Palazzo (2001) relata casos de sujeitos edêntulos totais com idade avançada, nos quais ocorre um processo regressivo envolvendo a morfologia funcional de todas as estruturas estomatognáticas: a mandíbula assume posição anteriorizada e rotação anti-horária, ocorre diminuição da sensibilidade oral e da força de contracção muscular, resultando em falta de coordenação muscular e levando à adaptação compensatória que, na maioria das vezes, não é funcional.

Existem várias mudanças fisiológicas do sistema digestivo associadas ao envelhecimento que podem descompensar o mecanismo da deglutição e muitas vezes afectar directamente o estado nutricional ou a função pulmonar do idoso (Furia e Pelegrini 2007)

As manifestações mais frequentemente observadas nos utentes neurológicos com disfagia orofaríngea caracterizam-se por hesitação ou inabilidade para engolir, retenção de alimento na orofaringe, regurgitação nasal do alimento, deglutições múltiplas, limpeza frequente da garganta, voz molhada após a deglutição, tosse durante ou depois de engolir, necessidade de limpar a garganta após ingestão de alimentos sólidos, perda de peso por causa da dificuldade de engolir, episódios periódicos de pneumonia e engasgos durante a alimentação (Jacobi, Levy et al. 2003).

Estudos (Felsenthal, Garrison et al. 1994; Papaleão 1996; Russo 1999; Hudson, Daubert et al. 2000) relatam alterações de deglutição em todas as suas fases decorrentes do avanço da idade:

1. Fase preparatória – Temos como principais problemas o declínio do olfacto, tendência à diminuição da capacidade para diferenciar o doce e o salgado, assim como diminuição da força da mordida e limitação da mastigação pela ausência de dentes e utilização de próteses (Felsenthal, Garrison et al. 1994; Jaradeh 1994; Papaleão 1996; Russo 1999; Hudson, Daubert et al. 2000; Hernandez e Marchesan 2001).
2. Fase oral – Ocorre aumento do tecido conjuntivo da língua, alterações na mucosa oral (perda da elasticidade e de aderência) e diminuição da eficiência motora de lábios e língua (Felsenthal, Garrison et al. 1994; Jaradeh 1994; Papaleão 1996; Russo 1999; Hudson, Daubert et al. 2000; Hernandez e Marchesan 2001) afectando o transporte do alimento (Helfrich-Miller, Rector et al. 1986; Furkim e Santini 1999). Esta falta de controlo oral resulta numa ineficiência na mastigação (Finnie e organizadores 1980).
3. Fase faríngea – Redução no grau de elevação anterior da laringe, elevação de hióide mais demorada e redução do peristaltismo faríngeo, resultando em resíduos na faringe após a deglutição (Felsenthal, Garrison et al. 1994; Jaradeh 1994; Papaleão 1996; Russo 1999; Hudson, Daubert et al. 2000; Hernandez e Marchesan 2001).
4. Fase esofágica – Ocorre um aumento na sua duração devido ao maior tempo de relaxamento do esfíncter esofágico superior, com preservação na resposta da distensão esofágica (Felsenthal, Garrison et al. 1994; Jaradeh 1994; Papaleão 1996; Russo 1999; Hudson, Daubert et al. 2000; Hernandez e Marchesan 2001).

Para muitos indivíduos com disfagia orofaríngea neurogénica os sintomas podem ser relativamente leves e desconfortáveis, enquanto que para outros podem ocasionar graves complicações clínicas (Furkim e Silva 1999; Jacobi, Levy et al. 2003), portanto, as alterações devem ser identificadas clinicamente cedo para prevenir o aumento de morbilidade e mortalidade (Daniels, Brailey et al. 1998; Johnson, Mckenzie et al. 1993; Kidd, Lawson et al. 1993).

É necessário uma avaliação precisa, cuidadosa e com diagnóstico precoce, para a reabilitação do paciente. Deve-se ter em conta, na avaliação do paciente, o estado mental e de alerta, a capacidade de auto-alimentação, a capacidade de seguir a uma sequência de comandos simples e a habilidade de iniciar voluntariamente tosse forte, para a expulsão de alimentos durante possíveis engasgos durante os exames (Filho, Gomes et al. 2000).



O terapeuta da fala deve ser cuidadoso ao realizar uma avaliação, a fim de detectar as alterações do sistema estomatognático, para saber a real necessidade da indicação de um exame complementar (Zenner, Losinski et al. 1995; Rademaker, Pauloski et al. 1998; Furkim e Santini 1999).

Após o diagnóstico, o planeamento de uma conduta imediata, as orientações, visa à melhoria do estado geral e manutenção de uma dieta segura. O trabalho da equipa interdisciplinar é de extrema importância para a recuperação completa deste utente (Jacobi, Levy et al. 2003).

#### **2.4. Equipa Multidisciplinar**

A complexidade dos mecanismos envolvidos na alimentação exige uma abordagem multidisciplinar. O tratamento de uma das funções básicas do organismo necessita da intervenção de profissionais qualificados provenientes de especialidades são complementares. (Didier 2004).

A avaliação da disfagia deve ser sempre considerada um trabalho de equipa, já que nenhuma área consegue avaliar a totalidade das fases da deglutição (Groher 1997).

As perturbações da deglutição são frequentes e interessam a quase todas as áreas de especialidade na saúde, entre as quais podemos citar as seguintes: Médicos (Neurologista, Geriatra, Oncologista, Gastreenterologista, Otorrinolaringologista e Pediatra), Radiologista, Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro além do Terapeuta da Fala (Didier 2004).

O paciente idoso deve ser acompanhado por uma equipa que o encaminhe, quando necessário, para outros profissionais que integram a equipa multidisciplinar, descrita anteriormente, para avaliações específicas. As dificuldades apresentadas pelos pacientes são reflectidas ao nível da marcha, dos movimentos dos membros, da espasticidade, da hipotonia ou tremor, do controle do esfíncter, da linguagem, da alimentação, da função cognitiva ou da realização das actividades de vida diária (AVD), entre outras (Silva 2006).

Groher (1997) detalha as especialidades que poderão auxiliar a terapia do paciente disfágico: (1) radiologista; (2) neurologista, que faz o diagnóstico primário diferenciando entre disfagia neurogénica, mecânica ou psicogénica; (3) gastroenterologista serve como consultor dos pacientes com suspeita de disfagia relacionada ao esófago ou trato gastrointestinal; (4) otorrinolaringologista que tem interesse em particular nas alterações mecânicas; (5) terapeuta da fala que está envolvido tanto no diagnóstico como na reabilitação. O terapeuta da fala vem actuando cada vez mais nesta desordem, sendo frequentemente o “cabeça” da equipa; (6) cirurgião torácico; (7) nutricionista que monitora o estado nutricional do paciente elaborando um programa de nutrição adequada; (8) enfermeiro que é directamente responsável pela administração e cuidados da alimentação não orais; (9) terapeuta ocupacional que trabalha as actividades diárias do paciente e ajuda na alimentação indicando equipamento auxiliar para este processo, se necessário; (10) pneumologista que passa informações sobre as desordens respiratórias e (11) clínico geral tendo como obrigação solicitar por escrito todos os exames e atendimentos necessários.

O serviços da enfermagem são muitas vezes os primeiros a referenciar problemas que surgem no curso da alimentação, pois são eles que dão as refeições, posicionam correctamente o paciente a fim de facilitar a sua alimentação, asseguram que as orientações do terapeuta da fala estão a ser colocadas em prática, verificam a textura dos alimentos, observam o que o paciente ingere para controlo do suporte nutricional, e nos casos mais graves em que o paciente faz uso de sonda, são eles quem controlam a quantidade e o tipo de alimento que é administrado (Didier 2004).

O serviço da fisioterapia tem ampliado o seu campo de actuação e tem actualmente um papel importante no tratamento da disfagia. Pode realizar uma exploração clínica das habilidades alimentares ou respiratórias do paciente, aspirar qualquer via laringea e realizar a terapia (Didier 2004).

O serviço da terapia ocupacional tem a responsabilidade de realizar a reeducação do paciente nas actividades de vida diária (AVD) e a compreensão dos défices mediante ajudas técnicas adaptadas. Também se preocupa por devolver no paciente a interacção social que a alimentação permite (Didier 2004).

O serviço da nutrição é uma das chaves do sistema de avaliação e reeducação. Tem o papel de estabelecer o balanço calórico da alimentação e controlar a quantidade de alimento ingerido por via oral (Didier 2004).

O serviço da psicologia dá suporte no período de hospitalização, tanto ao paciente como à sua família, procurando também trabalhar a aceitação de uma barreira como a disfagia, pois o paciente muitas vezes não pode comer nem beber pela boca e sente-se isolado e excluído (Didier 2004).

A terapia da fala é uma ciência de conhecimento que procura pesquisar, prevenir, avaliar e actuar nas dificuldades que ocorrem em nível da comunicação humana: linguagem oral e escrita, motricidade orofacial, voz e audiológica. Através da observação clínica e utilização de testes objectivos, estabelecem-se objectivos terapêuticos para planear um programa de intervenção adequado; o programa terapêutico leva em conta as necessidades de cada idoso e o seu ambiente social específico, definindo as técnicas e métodos de terapia e reabilitação mais adequados. Os terapeutas da fala podem trabalhar em equipas com audiologistas, professores, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais entre outros (ASHA 2006). O serviço da terapia da fala integra a equipa actuando de forma multi e interdisciplinar, com o objectivo de prevenir e reduzir problemas de deglutição e comunicação de maneira segura e eficaz (ASHA 2002). O propósito da terapia da fala em disfagia é o de proporcionar ao paciente a recuperação de uma deglutição eficiente, resultando numa melhor qualidade de vida, desenvolvendo ao paciente motivação, o conforto e o prazer de alimentar-se, com menor risco de infecções pulmonares por aspiração (Jacobi, Levy et al. 2003).

## **2.5. Avaliação da Disfagia**

De entre os factores que dificultam o diagnóstico preciso da disfagia, encontram-se os quadros de depressão, de disfunção cognitiva, de mudança de comportamento, de dificuldades motoras, de postura inadequada, de dificuldades de locomoção e de dependência física, social e económica (Schindler e Kelly 2002).

A elaboração de protocolos que norteiem a actuação do terapeuta da fala vem ao encontro da necessidade de avaliações directas, planeadas e controladas, estabelecendo-se métodos objectivos, princípios de avaliação consensuais e de aplicação por profissionais com experiência na área, visando garantir a qualidade do que está a ser avaliado (Apel e Self 2003; Andrade 2005).

A avaliação da dinâmica da deglutição nos pacientes disfágicos assenta na observação da eficiência e do sincronismo das etapas da fase oral e no trânsito e protecção das vias aéreas que ocorrem na fase faríngea (Castro et. al. 2000). O paciente disfágico deve ser estudado por meio de três processos: anamnese, avaliação estrutural e avaliação funcional (Costa e Castro 2003). A utilização de protocolos de avaliação clínica da disfagia facilita a análise dos dados obtidos e a sua comparação nas reavaliações. O registo de dados em protocolo permite ainda a sua utilização em estudos científicos (Costa e Castro 2003).

A avaliação fornece informações valiosas ao prognóstico e tratamento dos doentes com alterações da deglutição (Smithard, O'Neill et al. 1997; Mann-Carnaby, Hankey et al. 2000). Várias formas de realizar esta avaliação foram sugeridas. Porém estudos que validam estas avaliações demonstraram que elas podem ser altamente variáveis no diagnóstico da disfagia (Ramsey, Smithard et al. 2003).

A avaliação clínica é o momento fundamental na obtenção de informações que permitem responder basicamente a três perguntas: onde se localiza a perturbação, qual o seu carácter, se é

estrutural ou funcional e qual a etiologia subjacente. É normalmente composta por duas partes, que se complementam: a anamnese e a avaliação propriamente dita. Estas serão expostas sumariamente, reflectindo a visão do papel do Terapeuta da Fala no estudo da disfagia orofaríngea (Bretan e Tagliarini 2000).

Para Logemann (1990) a avaliação clínica do paciente com disfagia orofaríngea inclui a história médica completa, inspecção da forma e da função das estruturas relacionadas com o mecanismo de deglutição e, se apropriado, a aplicação de testes de deglutição ou até mesmo uma refeição completa.

Almeida (2008) afirma que se deve ter sempre em mente a avaliação global do paciente, sendo necessário a caracterização do sintoma, o estudo de doenças sistémicas, a exclusão de causas anatómicas obstrutivas, a avaliação da nutrição, hidratação e, principalmente, o risco de aspiração pulmonar.

Antes de iniciar a aplicação do protocolo de avaliação, é necessário que o terapeuta da fala esteja atento às condições clínicas do paciente. É imprescindível que este esteja alerta, acordado e capaz de receber líquidos e alimentos pela via oral (Apel e Self 2003; Smith e Glodstein 2006). Pacientes extremamente letárgicos, ou que apresentam níveis inconsistentes de alerta, são de alto risco para a ocorrência de aspiração (Vergis, Brennen et al. 2001). Deve procurar-se, também, compreender o quadro clínico motor geral, de linguagem e de articulação, já que estas manifestações podem interferir no plano de intervenção, na definição das técnicas terapêuticas a serem seleccionadas, bem como na independência alimentar do utente (Ferreira, Befi-Lopes et al. 2004). Além disso tais manifestações estão relacionadas com os diferentes graus de comprometimento da disfagia orofaríngea e podem contribuir para definir o prognóstico e facilitar a interpretação dos resultados da avaliação (Padovani, Moraes et al. 2007).

### **2.5.1. Anamnese**

Os dados da anamnese permitem identificar claramente se está perante uma disfagia da fase oral, insuficiência velo palatina, alteração motora e ou sensitiva da laringe, perturbação da elevação da mesma e défice sensitivo e/ou motor da faringe. A aspiração, que é a maior preocupação no doente disfágico, pode ser verificada como algo já em curso ou como uma grande possibilidade a ser evitada. Não é possível quantificar alterações pela avaliação clínica. Mesmo os exames complementares de maior uso não permitem, senão, uma "quantificação" grosseira. Alguns autores têm, contudo, desenvolvido esforços para melhorar a capacidade de avaliação quantitativa da disfagia (Macedo, Pissani et al. 1998; Costa 1999).

Bretan e Tagliarini (2000) propuseram uma anamnese composta por perguntas, apresentadas de forma sumária, visando identificar a topografia, o tipo ou natureza da dificuldade, a repercussão na vida do utente, ao nível psíquico, emocional cognitivo e comportamental. A anamnese deve propiciar a aproximação entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo avaliar estados emocionais, psiquismo, e promovendo a adesão do indivíduo aos procedimentos necessários.

Weikersheimer (1997) preconizou uma anamnese onde deve ser coligida informação sobre o paciente no que diz respeito ao seu estado físico geral, aos aspectos motores apresentados, à comunicação expressiva e receptiva, aos aspectos cognitivos, aos medicamentos utilizados, aos aspectos sócio-afectivos, e às dificuldades sentidas durante a mastigação e a deglutição.

Segundo Jorge (2004) numa anamnese seria importante definir cuidadosamente a localização da sensação da perturbação da deglutição, a decisão chave a tomar será: a disfagia é orofaríngea ou esofágica? Esta decisão deve ser tomada com segurança e baseada numa anamnese cuidadosa, permitindo a classificação adequada do tipo de disfagia (orofaríngea ou esofágica em cerca de 80 a 85% dos casos). Aponta ainda, alguns itens a considerar na história clínica: localização, tipos de alimentos e/ou líquidos, ocorrência e a duração dos sintomas.

Almeida (2008) definiu uma anamnese onde os factores mais importantes a serem esclarecidos são: o tipo de alimento com que ocorre a disfagia, duração da alimentação, curso do alimento e sintomas associados. Uma história dos antecedentes clínicos e um inventário da medicação utilizada são de grande importância, visto ser a disfagia, na maioria das vezes, uma perturbação sistémica, em que medicações com efeitos anticolinérgicos, neurolépticos e quaisquer medicações que causem miopatias (e.g., hipolipemiantes-estatinas) podem causar ou piorar a disfagia.

Guitart, Boliart et al. (2004) considerou a anamnese como a primeira parte da avaliação e baseou-se nas informações recolhidas a partir da revisão e da elaboração da história clínica. Deveriam constar da anamnese os seguintes pontos: estado cognitivo, estado respiratório, estado nutricional, medicação e história da alteração da deglutição.

A partir de uma anamnese preenchida, o terapeuta da fala deve realizar a avaliação, tanto das estruturas quanto das funções da mastigação e deglutição.

### **2.5.2. Avaliação Estrutural**

Guitart, Boliart et al. (2004) defendem a realização de um exame anatómico da cavidade oral, avaliando com detalhe a existência de cicatrizes e/ou assimetrias das estruturas que participam na deglutição. Foi, também, avaliada a função das estruturas envolvidas na deglutição, e.g., o movimento mandibular e das bochechas, controlo de língua e lábios, função mastigatória, paladar, reflexos orais, sensibilidade oral e função laríngea.

O *exame físico* sugerido por Bretan e Henry (1997) inclui a observação da expressão facial e a execução de gestos e movimentos tais como: vedamento labial, enchimento das bochechas com ar, protrusão e lateralização da língua, avaliação da força lingual e dos movimentos da mandíbula, avaliação do músculo masseter, estado dos dentes, gengivas, próteses, qualidade e quantidade de saliva, sensibilidade tátil e teste com os quatro sabores. Segue-se o exame nasal e de nasofaringe, o exame otoscópico, o exame da orofaringe e do esfíncter velo-faríngeo.

Almeida (2008) entende o exame físico como o primeiro contacto com o paciente. O estado geral, grau de hidratação, sinais de emagrecimento fazem parte da avaliação global do paciente. Também é importante identificar sinais de infecção pulmonar, e.g., tosse, expectoração, aumento da frequência respiratória ou alterações das características acústicas dos sons pulmonares.

Crary e Groher (2006) apresentam uma avaliação física específica para a deglutição que inclui a observação das intervenções que afectam a função de deglutição, como a presença e o tipo de sondas usadas para a alimentação e a presença de qualquer suporte respiratório. A avaliação típica inclui a avaliação do estado mental do paciente e dos pares de nervos cranianos relacionados com a deglutição. Se o pacienteingere qualquer líquido ou comida pela via oral, deve avaliar-se qual a eficiência da deglutição.

Guitart, Boliart et al. (2004) propõem avaliar a fase oral e faríngea da deglutição. Esta avaliação proporciona informação indirecta de que os pacientes apresentam alterações da deglutição, mas não providencia informações fisiológicas. Foi possível identificar sinais e sintomas da disfagia, facilitando a identificação dos pacientes com risco de aspiração, ajudando a determinar a necessidade de vias alternativas de alimentação.

As pesquisas actuais têm procurado determinar quais os elementos da avaliação clínica para a deglutição que sejam mais importantes na detecção da disfagia. Para cada item existe um suporte empírico incluindo a disфонia (voz tensa ou estrangulada), voz molhada, disartria, pobre manipulação das secreções, reflexo de tosse alterado e elevação da laringe diminuída durante a deglutição. Estes elementos clínicos são relevantes quando dois ou mais itens são encontrados na avaliação clínica (Daniels, McAdam et al. 1997).

Weikersheimer (1997) sugere que a avaliação deve ser detalhada, devendo constar de uma análise dos aspectos estruturais e funcionais da respiração, fonação, musculatura orofacial, articulação

e prosódia. Devem ser analisados, também, a memória de curto e longo prazo, a orientação espaço temporal, a atenção, a linguagem receptiva e expressiva, as agnosias visuais, tácteis e auditivas, o pensamento abstracto, a personalidade, a construção viso-espacial, o raciocínio lógico, a fluência, a repetição, a leitura, a escrita, as praxias orais e a nomeação. Durante a deglutição devem avaliar-se as funções e estruturas, analisando a sensibilidade peri e intra oral, a presença de xerostomia ou sialorréia, o número de deglutições por minuto, a presença do reflexo de deglutição e reflexos de protecção, a mobilidade, força, tonicidade, flexibilidade, desvio e dor de lábios e língua, o trismo, a formação do bolo, a força de propulsão e condução deste, o vedamento labial em repouso, a mastigação, a postura, a elevação e simetria da laringe, a simetria facial, a pressão intra-oral, a presença de tosse ou engasgo antes, durante, ou depois da deglutição, a mobilidade e desvio do palato, a presença de tremor em repouso e movimento, se há fadiga, a presença de disfonia severa, de voz molhada/ rouca ou a diminuição da tosse voluntária.

Um dos sinais clínicos considerados nos protocolos de avaliação da disfagia de Valim, Santos et. al. (2007) é a alteração da qualidade vocal. As mudanças na qualidade vocal do paciente disfágico traduzem-se numa voz rouca e soprada, relacionada com um incompleto fechamento das pregas vocais, a presença de voz molhada, quando há secreções no vestíbulo laríngeo ou recessos periformes, e a presença de hiper nasalidade ou mudanças no sinal acústico.

Quando a cognição se encontra preservada, devem anotar-se as queixas consistentes, indagar quanto ao conjunto de disfunções já percebidas, quanto ao uso de drogas e se existem ou não, dificuldades distintas para um ou outro tipo de dieta. Quando o paciente é portador de prótese, deve-se averiguar a sua eficiência e ajustamento. Também devem ser colocadas questões relativas à percepção das características do alimento (gosto, textura, temperatura e volume), se o paciente é capaz de, efectivamente, controlar o bolo na cavidade oral, se existem escapes nasais ou labiais e perceber qualquer perturbação na fonação (Mann-Carnaby, Lenius et al. 2007).

Castro et. al. (2000) sugerem a observação do estado de conservação dos dentes, presença e condições de próteses, xerostomia, glossite, mobilidade da língua e simetria palatal. Propõem ainda: observar a simetria e tensão do orbicular dos lábios e bucinadores; verificar a potência dos mastigadores, dos movimentos de elevação e abertura da boca contra resistência, se estes estão preservados uni ou bilateralmente, observar as características de simetria da região cervical e a dinâmica de deslocamento do hióide e da laringe.

Em síntese, a avaliação deve servir para definir a etiologia da disfunção, estabelecer um plano de tratamento, encaminhar o paciente para exames complementares, se necessário, e para definir as intervenções necessárias (Logemann 1990).

### **2.5.3. Avaliação Funcional**

Após a avaliação estrutural é normalmente realizada a avaliação funcional. Escoura (1998) examinou pacientes durante uma refeição, desde a obtenção do alimento à deglutição completa do bolo. Foram testadas três consistências de alimento: líquido, pastoso (fino e grosso) e sólido. Durante esta avaliação observou-se a presença ou não de sinais clínicos de aspiração, controlo do bolo na cavidade oral, mobilidade da laringe e qualidade vocal após a deglutição.

Crary e Groher (2006) lembram que os pacientes com disfagia aguda quase sempre têm dificuldade em alimentar-se oralmente devido ao seu estado mental não preservado. Nestas circunstâncias, o profissional de saúde tem que se basear na história clínica, por quê a tradicional cooperação para a avaliação da deglutição não existe.

Guitart, Boliart et al. (2004) iniciaram a avaliação funcional da deglutição com 5 ml da consistência eleita de acordo com cada paciente e observaram todo o processo de deglutição. A avaliação continua com bolos progressivamente mais difíceis (volume de 5 a 20 ml), sendo também

alterada a consistência inicial. A avaliação funcional referida por Escoura (1998) teve por base refeições com um mínimo de 15 minutos.

De acordo com Logemann (1998) e Logemann, Veis et al. (1999), uma boa avaliação da disfagia deve incluir testes que diagnostiquem alterações nas funções orais, como por exemplo, aumento no trânsito oral ou deglutição incompleta do bolo, alterações na qualidade vocal, alteração no reflexo de vômito, tosse voluntária ineficiente, redução da elevação laríngea durante a deglutição de saliva, alteração de sensibilidade na laringe e alterações no teste de água. Estes testes devem ser breves, não invasivos, apresentar baixo risco para o paciente e identificar os sintomas da disfagia.

Crary e Groher (2006) acrescentam que se o paciente é capaz de consumir uma refeição ou parte dela, o avaliador deve fazer observações se o processo de alimentação é eficiente do começo ao fim da refeição porque a fadiga pode comprometer a deglutição segura de alguns pacientes. As observações clínicas devem incluir qualquer mudança no padrão respiratório.

Botelho e Liva (2003) referem que a avaliação clínica deve providenciar informação sobre a etiologia da disfagia, a possível localização topográfica da dificuldade, os aspectos anatómicos e fisiológicos envolvidos, deve estimar o risco de aspiração pulmonar, discutir testes e procedimentos necessários para o diagnóstico e a terapêutica, bem como métodos alternativos de manuseio na alimentação.

Aurélio, Genaro et al. (2002) concluíram que a utilização de técnicas específicas que estabeleçam um diagnóstico claro sobre a perturbação da deglutição contribui para o desenvolvimento de protocolos de intervenção criativos e realistas. Jorge (2004), acrescenta que testes mais específicos e fiáveis para a avaliação da disfagia devem ser considerados, dependendo das características do paciente e da importância do problema.

Avaliar um idoso que apresenta uma perturbação neurológica, com dificuldade para deglutir, não é o mesmo que avaliar um indivíduo com outra doença. O importante é saber o que avaliar, porquê avaliar e como avaliar, para um diagnóstico preciso, condutas terapêuticas adequadas e prognóstico fiável (Costa e Castro 2003).

#### **2.5.4. Avaliação Instrumental**

A avaliação clínica, por si só, pode não conseguir identificar a ocorrência de aspiração, sendo necessário a indicação de exames instrumentais complementares (Costa e Castro 2003). Os exames complementares utilizados na avaliação da deglutição são: videoendoscopia da faringe e laringe, deglutograma com bário, videofluoroscopia com bário modificado, cintilografia, exame endoscópico de esófago e estômago, electrometria associada ou não à videofluoroscopia, pHmetria esofágica e faríngea, electromiografia, ressonância nuclear magnética padrão ou ecoplanar durante deglutição, ultrassom na deglutição orofaríngea e esofágica endoluminal (Bretan e Tagliarini 2000). Actualmente, os mais utilizados são:

Através duma *videoendoscopia da faringe e da laringe* onde podem ser observados aspectos anatómicos e estruturais, permitindo esta ainda detectar a aspiração, sendo contudo difícil a quantificação dos resultados. Não serve para avaliar a cavidade oral e esfíncter superior do esófago. Permite avaliar manobras compensatórias. Não mostra o momento da deglutição, apenas o antes e depois. Permite uma visão geral, detalhada e directa das funções da faringe, véu do palato e laringe. Mostra o fluxo do bolo, quantidade e local dos resíduos. Indicado quando a avaliação geral inicial sugeriu presença de disfagia com aspiração e em casos onde o paciente não pode ser transportado, está ventilado mecanicamente, e não consegue cumprir ordens. Permite repetidos exames e tem baixo risco (Langmore, Schatz et al. 1991; Bastian 1993). Para Jacobi, Levy et al. (2003); com a videoendoscopia também é possível testar a sensibilidade faríngea e laríngea.

A *videofluoroscopia* é uma técnica radiológica, através da qual se documentam, em vídeo, imagens de fluoroscopia (Tsuda 2003). É considerado o exame mais importante na avaliação do

paciente com disfagia, juntamente com a história clínica. É uma avaliação dinâmica da deglutição, ou seja, que permite observar as diferentes fases da deglutição em tempo real. O exame é realizado na posição lateral, permitindo observar a ocorrência ou não de aspiração de alimento e o tempo de disparo do reflexo faríngeo e, na posição ântero-posterior, a ocorrência de assimetrias. São utilizadas diferentes consistências de alimentos (sólido, líquido e pastoso), diferentes volumes, assim como as posturas e manobras mais adequadas para cada caso. Para a realização do exame é necessário usar um material que faça o contraste, sendo na maioria dos casos utilizando-se o Bário (NEOBAR). Permite detectar muito bem a aspiração e permite uma quantificação parcial. Mostra os eventos da cavidade oral (formação do bolo, qualidade do movimento da língua e coordenação da fase oral) da faringe, laringe, esfíncter superior do esófago e esófago. Permite estudar ao longo do tempo a deglutição nas fases oral e faríngea, a elevação do osso hióide, da laringe e o movimento de bascula da epiglote (Langmore, Schatz et al. 1991; Macedo, Pissani et al. 1998). Não permite avaliar detalhes como a endoscopia de laringe e faringe, é eficiente na avaliação de manobras compensatórias, não pode ser feita à beira do leito, é invasiva e tem riscos (Langmore, Schatz et al. 1991; Wu, Hsiao et al. 1997). Indicada em pacientes com suspeita clínica de aspiração em possíveis lesões anatómicas estruturais ou mecânicas, tais como as que resultam de cirurgias da cabeça e pescoço, divertículo de Zenker, compressão extrínseca, membrana cricofaríngea, lesão isolada do esfíncter cricofaríngeo, osteófitos cervicais e em lesões com repercussões funcionais, e.g., doenças do sistema nervoso ou musculares. Castro et. al. (2000) sugerem uma avaliação da morfologia e fisiologia da cavidade oral e faríngea precedente ao exame videofluoroscópico. Castro et. al. (2000) sugerem a ideia que embora privilegiemos a avaliação videofluoroscópica não devemos desprezar a importância das informações fornecidas por outros métodos como a manometria e endoscopia, quando disponíveis.

A *cintilografia* quantifica o volume do bolo em qualquer região do trajeto. Pode quantificar a regurgitação e/ou a quantidade de material aspirado dentro da região traqueobrônquica (Tsuda 2003). Requer a ingestão de alimento com radiação. A radioatividade do bolo é gravada na passagem da cavidade oral para a faringe e desta para o esófago. É também utilizada para quantificar resíduos e mostrar de forma clara o trânsito na orofaringe, hipofaringe, laringe, traqueia e esófago. Permite, avaliar a migração de um alimento aspirado, a sua localização e acumulação a longo prazo, como nenhum outro exame (tempo de trânsito e acumulação e localização do bolo). Este exame é no entanto muito caro e pouco prático (Heyman e Repondek 1985; Hamlet, Choi et al. 1994; Silker e Van Nostrand 1994; Perlman e Schulze-Delrieu 1997).

A *manometria esofágica* é um método de diagnóstico menos comum que o exame contrastado com bário e a endoscopia, mas que pode ser muito útil em casos seleccionados (Jorge 2004). Baseia-se no registo da pressão esofágica usando técnicas sólidas ou de perfusão. A manometria é indicada quando se suspeita de uma causa esofágica de disfagia após exame contrastado e endoscópico inconclusivo e tratamento adequado anti-refluxo (com cicatrização de esofagite se demonstrada endoscopicamente). O examinador analisa o movimento do peristaltismo faríngeo, do esfíncter superior do esófago antes, durante e depois do alimento, o peristaltismo do esófago, o trabalho do esfíncter inferior do esófago até o estômago. Pode detectar-se um peristaltismo ineficiente, problema de coordenação muscular, uma hipertonía esfíncteriana ou até uma hérnia diafragmática (Didier 2004).

A *nasofibrolaringoscopia* é um exame endoscópico funcional da deglutição (Tsuda 2003). Permite a geração duma imagem real, num corte coronal, que possibilita detectar alterações estruturais (e.g., inflamações da mucosa, edemas, tecidos de granulação, extensores e lesões tumorais) e funcionais de nasofaringe, orofaringe e hipofaringe, laringe e traqueia (paresia ou paralisia do véu palatino, da parede faríngea e das estruturas laringeas - paralisia das pregas vocais, clônus, espasmos, estases em valécua e seios piriformes e passagem do alimento para via aérea). É importante variar o volume e a consistência do alimento e colori-lo com anilina culinária, para facilitar as observações no exame. Manrique, Melo et al. (2001) atestam que o exame é seguro e amplamente realizado, fornecendo informações estruturais da região das vias aéreas e digestivas superiores. Fazendo algumas

modificações no método, com a administração de alimento contrastado, a fase faríngea da deglutição pode ser examinada objectivamente, permitindo a avaliação funcional da deglutição na região faringo-laríngea.

Na *auscultação laríngea* faz uso dum estetoscópio para escutar os sons do processo de deglutição, com o objectivo de detectar possível penetração ou aspiração (Jacobi, Levy et al. 2003). É uma técnica simples e de fácil execução, colocando-se o estetoscópio sobre a laringe. A validade dos achados é questionável devido a dificuldade de caracterizar os sons de uma deglutição disfágica. Deve ser realizada antes, durante e após a deglutição, fornecendo pistas adicionais à avaliação clínica a respeito da presença ou ausência de resíduos na faringe ou na laringe. A auscultação dos sons da respiração (inspiração e expiração) antes da deglutição oferece um padrão consistente de comparação após a deglutição, podendo verificar-se o surgimento de ruídos. Designa-se uma auscultação *cervical* por *adequada*, quando há ausência de ruídos na sequência de expiração ou inspiração, apnéia, “clunk” de deglutição e expiração ou inspiração; *auscultação cervical alterada* antes e após a deglutição, refere-se à presença de ruídos na respiração antes da deglutição e manutenção de ruídos com a mesma frequência após a deglutição, e *ausculta cervical alterada* após a deglutição, quando ocorre presença de ruídos, não observados anteriormente, após a auscultação do “clunk” de deglutição. Padovani, Moraes et al. (2007); Hamlet, Patterson et al. (1994) descreveram três componentes que compreenderiam o som da deglutição: (1) Um sinal de baixa amplitude associado ao levantamento laríngeo e à passagem do bolo pela faringe; (2) Um som com um volume elevado associado com a abertura do cricofaríngeo e (3) Um sinal de baixa amplitude associado a uma descida da laringe.

## 2.6. Sumário

Estima-se que a população idosa irá duplicar seu número até 2046. Sabe-se que o envelhecimento traz complicações biopsicosociais para o idoso e que com o passar dos anos, a probabilidade de doenças crónicas surgerem aumenta. As modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam de interacções complexas entre os vários factores intrínsecos e extrínsecos e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais. Doenças como o AVC, o Parkinson, o Alzheimer e a Cardiopatia, são as mais prevalentes nesta faixa etária, e são consideradas de carácter progressivo e trazem prejuízos com os seguintes sinais e sintomas: perda da memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, tremor, rigidez muscular, diminuição da oxigenação e distúrbio da deglutição.

Neste estudo, será descrito somente o distúrbio da deglutição, uma vez que o objectivo principal é pesquisar o aparecimento da disfagia no idoso institucionalizados.

O distúrbio da deglutição pode ser entendido como a disfagia, que é caracterizada pela perturbação da deglutição ou qualquer dificuldade no trânsito do bolo alimentar da boca até o estômago, associado a complicações como a desnutrição, a desidratação, a pneumonia aspirativa e até mesmo o óbito. A disfagia é um problema frequente na população idosa principalmente com alguma doença neurológica associada.

A avaliação da disfagia ainda é um desafio para os terapeutas da fala e dessa forma torna-se necessário um recurso que auxilie nesta avaliação. A avaliação da disfagia deve considerar três fases: a anamnese, a avaliação das estruturas envolvidas na deglutição e as funções de mastigação e deglutição propriamente dita. Após estas, o terapeuta da fala poderá considerar a necessidade de uma avaliação mais específica, recorrendo a exames complementares e avaliação instrumental.





### **3. Método**

Este capítulo traduz a metodologia utilizada neste estudo. Quais foram os pontos de partida e os respectivos objectivos, além da descrição detalhada da amostra, da aplicação e preenchimento dos protocolos e da análise estatística realizada para a posterior decomposição destes resultados.

#### **3.1. Problemática**

O tema desta Dissertação centra-se na análise da probabilidade de a população idosa com alteração neurológica apresentar a disfagia. Sabe-se que a disfagia pode piorar o quadro clínico do idoso, levando a desnutrição, desidratação, pneumonias aspirativas e até mesmo ao óbito. O trabalho de reabilitação que o Terapeuta da Fala faz, diminui os riscos de penetração e aspiração, fazendo com que o utente tenha menos probabilidade de desenvolver estas condições e ainda melhorar a qualidade de vida do utente.

Neste contexto, definiram-se as seguintes questões de investigação: será que os idosos apresentam um agravamento do quadro clínico geral devido à disfagia? Será que o risco de pneumonias aspirativas é grande na população idosa? Será que o número de internamentos hospitalares aumenta devido a disfagia?

Em síntese, o objecivo principal deste estudo é analisar a disfagia no idoso, visto que o envelhecimento associado a doenças neurológicas, aumentam as probabilidades da disfagia surgir. Como objectivos específicos derivados deste objectivo central, podemos, ainda, enunciar os seguintes:

- Caracterizar as principais alterações da disfagia no idoso com estas patologias, propondo um modelo de avaliação para os terapeutas da fala;
- Alertar os lares sobre a disfagia e suas consequências;
- Orientar os próprios utentes e lares de adaptações, que podem ser feitas, para diminuir os riscos de penetração e aspiração.

#### **3.2. Amostra**

Este estudo foi realizado com idosos utentes do Centro Dia Paroquial de Válega e do Centro Social Paroquial São Pedro de Maceda, tendo sido aprovada pelo Concelho Directivo dos mesmos. A recolha de dados foi realizada nos meses de Janeiro e Fevereiro do ano de 2009. No primeiro mês, foi realizada a avaliação no Centro Dia Paroquial de Válega, e, no segundo mês no Centro Dia e Lar Paroquial de Maceda, ambos localizados nas freguesias de Válega e Maceda respectivamente, no concelho de Ovar. Além da autorização do concelho directivo de cada Centro, os próprios utentes avaliados também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), afirmando que estavam a participar no estudo voluntariamente e não iriam ser expostos a qualquer tipo de riscos. Para todos os utentes foi lido todo o texto do TCLE e só depois era assinado, quando podiam. Quando não apresentavam possibilidade de assinar, quer por incapacidade física, quer por serem analfabetos, eram preenchidos com a impressão digital. Para aqueles que já não apresentavam cognição para entender o TCLE, a família era contactada e estes assinavam como responsáveis. Os que não tinham família, foram representados pela assistente social dos próprios lares, como responsáveis.

Foram avaliados todos os idosos inscritos e presentes em ambos os centros paroquiais. Nem todos apresentavam queixa de alteração da deglutição, embora sobre alguns houvesse indicação para avaliação de um Terapeuta da Fala, devido a dificuldades apresentadas na hora da alimentação. Ao todo foram avaliados 50 idosos com idades compreendidas entre 57 e 99 anos. Destes 50 idosos, 30 eram do sexo feminino e 20 do sexo masculino.

Os critérios de exclusão deste estudo foram: idosos alimentados exclusivamente por via alternativas de alimentação como sondas ou gastrostomias e possuírem algum outro comprometimento neurológico que acarretasse outras alterações de deglutição, como por exemplo a paralisia cerebral ou alguma síndrome.

Os protocolos de anamnese e avaliação foram desenvolvidos pela aluna de Mestrado com base na sua prática clínica e na revisão de literatura e tiveram em conta outros protocolos de disfagia, já existentes e utilizados noutros países, por equipas de referência na área da deglutição.

A anamnese recolhe a identificação do paciente, a história clínica geral, a história da doença de base, e inclui questões específicas da área da linguagem, voz, deglutição e história alimentar do utente. A avaliação é composta por duas partes, uma de avaliação das estruturas relacionadas com a deglutição e outra das funções realizadas por estas, com alimentos de consistências pastosa, líquida e sólida, quando possível.

### **3.3. Aplicação dos Protocolos**

Primeiro foi aplicado o protocolo de anamnese. As perguntas foram direccionadas ao idoso quando este demonstrava possibilidade de responder. Caso contrário, os dados foram retirados dos registos clínicos (médicos) nos próprios centros, uma vez que poucos idosos possuem familiares ou estes não se mostraram disponíveis para responder ao questionário da anamnese. Dessa forma, pôde-se caracterizar as condições clínicas do paciente, assim como o seu estado de consciência e alerta, o seu quadro clínico motor, a implicação social e familiar da perturbação de deglutição. Estas informações contribuí para definir um prognóstico e facilita a interpretação dos resultados da avaliação funcional.

A aplicação do protocolo de avaliação foi realizada com recurso aos seguintes materiais: luvas de silicone esterilizadas descartáveis e individuais, espátulas de madeira, estetoscópio, copo, colher e alimentos de diferentes consistências. Para a consistência líquida foi utilizada a água, para a consistência pastosa foi utilizado bolacha ou pão embebidos em café com leite, e para a consistência sólida foi utilizado, somente a bolacha. O protocolo teve início com o teste estrutural onde foram avaliados a tonicidade, simetria, mobilidade, sensibilidade e alguma anomalia estrutural da face, e estruturas orais como: língua, lábios, bochechas, palato duro e palato mole; estado de conservação e higiene dos dentes, das gengivas e mucosas orais; mobilidade da laringe; presença de alterações na articulação temporomandibular (ATM); a coordenação e capacidade respiratória do paciente e finalmente os reflexos orais de mordida, sucção, palatal, vômito, tosse e deglutição.

Seguiu-se depois a avaliação da função de mastigação (quando possível) e deglutição. Iniciou-se com a avaliação da deglutição da própria saliva do idoso. A partir de uma deglutição eficiente, sem riscos de penetração e ou aspiração, o paciente é avaliado com 5 a 10 ml de água num copo, depois com 5 a 10 ml de bolacha ou pão embebidos no café com leite na colher, para posteriormente, caso possível, o paciente ser avaliado com um pedaço de bolacha.

Durante a avaliação foi respeitada a vontade de cada idoso e suas preferências alimentares.

Os dados estatísticos foram analisados de acordo com a população avaliada em cada consistência.

### **3.4. Preenchimento do Protocolo**

Na aplicação do protocolo, foram seguidas determinadas regras que consistem em: registo das respostas, anotações e observações relevantes ao caso e preenchimento da tabela funcional.

Os protocolos foram preenchidos de forma manual, registando as respostas das perguntas abertas e das perguntas fechadas. Na grande maioria são perguntas com opções de resposta para facilitar as anotações do terapeuta da fala.

Em todo o protocolo, a terapeuta avaliadora teve sempre em conta o que foi observado e o que foi avaliado. Mesmo não havendo nenhuma opção nas respostas, a aluna pôde escrever as suas próprias observações e anotações relevantes. Para isso, no final de cada protocolo, existe um espaço para que o terapeuta descreva de forma pessoal o seu ponto de vista da anamnese e da avaliação e outras informações relevantes para a reabilitação do utente.

No quadro, da avaliação funcional, foi usado um sinal positivo (+) caso a resposta seja afirmativa, ou seja, quando o utente apresenta aqueles sinais ou sintomas; ou um sinal negativo (-) para quando o utente não os manifesta. Isto deve valer para todas as consistências alimentares avaliadas.

### **3.5. Análise Estatística**

Os resultados recolhidos com os protocolos foram sistematizados e analisados com os programas *SPSS Statistics 17.0* e *Excel 2007*.

Inicialmente, foi construída uma base de dados utilizando o programa *SPSS Statistics 17.0*. Para isso foram criadas as variáveis necessárias, que correspondem a cada uma das perguntas dos protocolos. Depois dos dados introduzidos, foram gerados os valores necessários à análise da aplicação dos protocolos. O *SPSS Statistics 17.0* gera estes valores contando o número de respostas em cada uma das variáveis e apresenta-os em forma de valores absolutos, relativos e percentagem. Esses valores podem ser observados nas figuras e tabelas que foram incluídos no trabalho e que este software gerou. Os mesmos valores foram utilizados para gerar alguns gráficos no *Excel 2007*, de forma a enriquecer a análise estatística.

Em relação à análise inferencial, esta permitiu-nos produzir conclusões mais aprofundadas e significativas em comparação com a análise estatística anterior. Dada a natureza das variáveis recolhidas com os protocolos, foram utilizadas tabelas de dupla entrada e uma análise multivariada, isto é, foram cruzadas diferentes variáveis, para perceber de que forma as mesmas estão relacionadas. Este cruzamento de dados foi realizado através do cálculo dos valores (absolutos e percentagens) em relação às variáveis que se acharam pertinentes.

Desta forma pudemos caracterizar as perguntas dos protocolos que mais obtiveram respostas padronizadas para uma futura validação dos mesmos e produzir uma análise qualitativa dos dados.

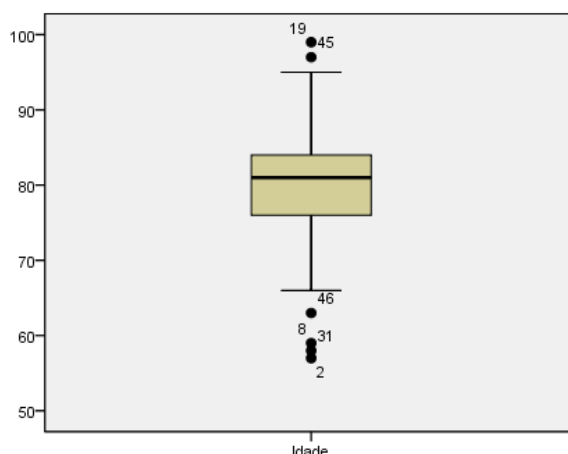


## 4. Resultados e Discussão

Este capítulo apresenta os resultados (analisados estatisticamente) e a sua discussão.

### 4.1. Anamnese

A idade mínima dos participantes neste estudo foi de 57 anos e a máxima encontrada de 99 anos, sendo que a idade média foi de 80 anos (ver Figura 1). Quanto ao sexo, pôde observar-se que 80% (40/50) eram do sexo feminino e apenas 20% (10/50) masculino. A população avaliada neste estudo tem uma distribuição relativa ao gênero que vai de acordo com a distribuição de outros estudos encontrados na bibliografia como a de Freitas, Ribeiro et. al. (2007), que estudaram um grupo com 36% de homens e 64% de mulheres, e a de Issa (2003) que realizou a pesquisa com 17 mulheres e 14 homens. Estes resultados comprovam que a longevidade é maior no sexo feminino do que no masculino, o que também parece ser de senso comum à bibliografia.

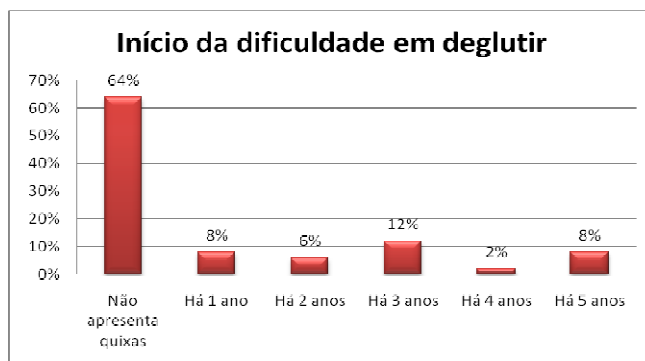


**Figura 1-** Idade dos entrevistados.

Dos pacientes entrevistados, 72% (36/50) foram capazes de colaborar durante a avaliação sem grandes dificuldades. A comunicação predominante foi a comunicação oral, 98% (49/50) e o único utente, 2% (1/50) que não conseguiu comunicar oralmente utilizou um método de comunicação alternativo (*Picture Communication Symbols* – PCS). Todos os pacientes entrevistados apresentaram-se em estado de alerta, porém 60% (30/50) dos idosos apresentavam algum tipo de alteração da linguagem, quer pela demência, quer por doenças neurológicas como a doença de Alzheimer.

Em relação a queixa para a dificuldade de deglutir, dos 50 pacientes entrevistados, 64% (32/50) não apresentou qualquer queixa em relação à dificuldade para deglutir (ver Figura 2). Os resultados deste estudo parecem ir ao encontro da bibliografia quando dizem (O'Loughlin e Shanley 1998; Kayser-Jones e Pengilly 1999; Shanley e O'Loughlin 2000) que apenas 22% dos idosos institucionalizados, dos 40% a 60% que apresentavam a perturbação da deglutição quando avaliados, referiram essa queixa quando questionados. No estudo de Betancor, Serrano, et al. (2006), em pacientes institucionalizados, a incidência varia de 30 a 40%. Noutro estudo Bigal, et al. (2007) afirmam que nos pacientes que não relatavam engasgo (35%), foi observada aspiração no momento da

deglutição. Dessa forma confirma-se a ideia que a anamnese deve ser feita minuciosamente. Issa (2003) referiu que apenas 10% dos 30 pacientes investigados apresentaram queixa de disfagia. Os utentes avaliados por Furkim e Santini (1999); Marchesan (1998) só relataram queixas relativas à deglutição numa fase mais adiantada da doença e, muitos deles, não tinham consciência da perturbação.



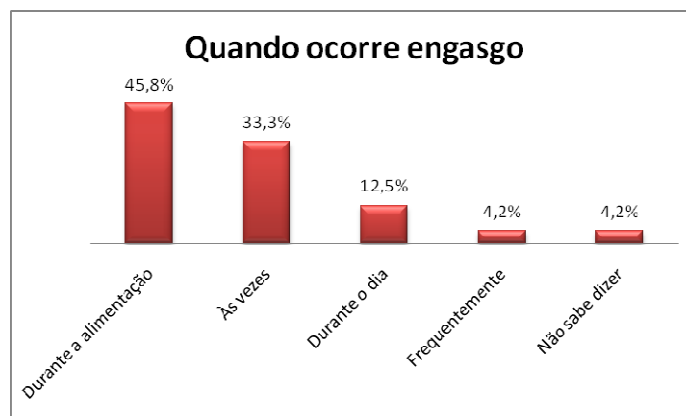
**Figura 2** - Queixa e início da dificuldade para deglutir.

Na anamnese constatou-se que 36% (18/50) dos idosos apresentavam cardiopatia, 32% (16/50) doenças pulmonares, 30% (16/50) hipertensão, 20% (10/50) diabetes mellitus e 26% (13/50) pneumonia. Neste aspecto, encontra-se na referência bibliográfica muita contradição em relação a doença mais acometida no idoso. No estudo de Freitas, Ribeiro et. al. (2007), os diagnósticos neurológicos foram os mais comuns (48%), os demais corresponderam a 23% de doenças médico-cirúrgicas gerais, 12% doenças cardíacas, 9% doenças psiquiátricas, 6% doenças pulmonares e 3% doenças otorrinolaringológicas. Issa (2003) encontrou 22 pacientes com doenças cardio-vascular, 15 com outras doenças crónicas que não foram descritas, 6 apresentavam demência, 6 depressão, 4 desnutrição, 3 doenças pulmonares obstrutivas crónicas, 3 AVC, 3 diabetes e 2 doenças neurológicas. Segundo Kubo, Nakayama et al. (2005), os problemas mais frequentes na população idosa são os alimentares, de aspiração, pneumonias e doenças associadas ao cérebro. O que os resultados do nosso estudo, quando comparados com outros estudos, permitem-nos nos concluir que o idoso é acometido por diversas doenças e pelo que pode ser caracterizado como um utente complexo e que exige tratamento específico e a presença de cuidados bem orientados.

Quanto à história alimentar, 46% (23/50) da população entrevistada respondeu alimentarem-se bem. Porém, também foram encontrados os seguintes resultados: 16% (8/50) alimenta-se pouco, 14% (7/50) apresenta perda de apetite, 12% (6/50) apresenta engasgos frequentes e 12% (6/50) apresenta alguma dificuldade na mastigação, sendo que estas últimas queixas ocorrem durante a alimentação e por isso não se alimentam o suficiente. Visto que, quando questionados poucos são os que relatam queixa de alimentação, os dados foram confirmados a partir da pergunta de como é a alimentação actual. A perda de apetite, quando questionada à parte, foi encontrada em 64% (32/50) dos idosos. A justificação para estes resultados encontrados, podem ser vistos pela bibliografia (Toledo 2004) quando relatam que com a idade as papilas vão atrofiando o que pode provocar a perda do paladar. Já, Maciel e Maciel (2003) afirmam que na fase preparatória os principais défices são o declínio do olfacto e a tendência à diminuição da capacidade para perceber o doce e o salgado, o que prejudica o prazer alimentar.

Para as taxa de engasgos, verifica-se que 48% (24/50) do total da amostra respondeu sim quando questionados isoladamente. Pode-se perceber com a prática clínica, que a investigação sobre a queixa em relação à deglutição deve ser muito específica, pois só quando se relaciona a dificuldade da deglutição com os engasgos é que a queixa aparece.

Ao analisar a Figura 3, podemos perceber quando ocorrem estes engasgos e a partir daí concluir quais são os motivos de engasgo, se são durante a alimentação, então seriam causados pelos alimentos ou se forem encontrados durante o dia, sabe-se que ocorre a partir da própria saliva. Os engasgos decorrentes dos alimentos ou pela saliva podem ser causados pela falta de formação do bolo alimentar, pelo escape oral posterior, pelo atraso no reflexo de deglutição, pela elevação diminuída da laringe ou pela estase alimentar. O Terapeuta da Fala pode orientar a avaliação funcional e o planeamento da reabilitação, com base nesta informação.



**Figura 3 - Quando ocorre o engasgo.**

No que respeita à quantidade e tempo de alimentação, como a recolha foi realizada em lares, encontram-se quase as mesmas durações, uma vez que os idosos comem juntos e recebem sempre a mesma quantidade de comida. As diferenças observadas tem a ver com o facto de alguns demorarem mais tempo para comer e comerem menos do que a quantidade colocada nos pratos. Os auxiliares responsáveis pelo refeitório, tentam observar a quantidade que cada um come porém não há um controlo rigoroso desta quantidade nem do tempo.

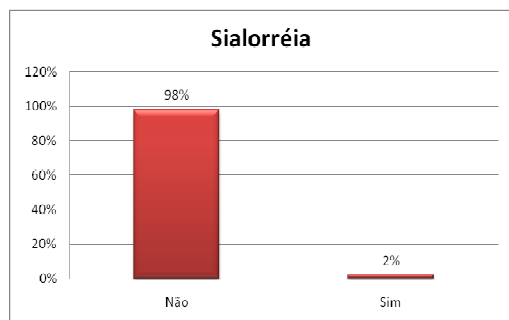
Quanto à postura para a alimentação, 98% (49/50) respondeu que come sentado à mesa. Apenas 2% (1/50) dos utentes (acamado) come recostado. Foi dada orientação de qual a posição da cama adequada para este utente que estava acamado. A inclinação deve ser feita de 30° a 45° e o utente deve permanecer nesta mesma postura, após a refeição, durante 30 minutos para evitar o refluxo gastroesofágico e a possível penetração e/ou aspiração deste conteúdo.

Relativamente à presença de dor ao deglutir, apenas 16% (9/50) respondeu que sim. Destes todos responderam que a dor é na garganta e a maioria, 56% (5/9) respondeu que ocorre com todos os tipos de alimentos, 33% (3/9) com alimentos sólidos e 11% (1/9) com sopa. Como não havia nenhum caso de cancro de cabeça e pescoço, não podemos atribuir a dor a alguma obstrução de massa como na disfagia mecânica.

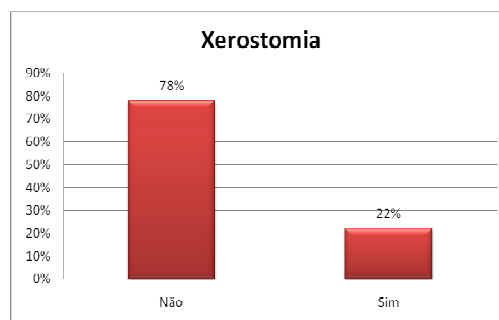
Na literatura (Tanure, Barboza et al. 2005; Toledo 2004; Bigal, et al. 2007; Jacobi, Levy et al. 2003) encontram-se vários relatos de que a xerostomia ou a sialorréia é encontrada com frequência na população idosa. Tanure, Barboza et al. (2005) observaram nos seus estudos que 32% dos indivíduos relataram redução de saliva enquanto que 26% se queixaram de excesso. Toledo (2004) mostra que há evidência de redução do volume e da concentração de alguns constituintes salivares. O estudo de Bigal, et al. (2007) confirma a atrofia das glândulas salivares menores, naturalmente distribuídas por toda orofaringe e até mesmo a redução do número total de glândulas. Jacobi, Levy et al. (2003) afirmam que a constante perda de saliva pela boca, é encontrada nos idosos. Neste estudo apenas 2% (1/50) apresentaram queixa de sialorréia o que vai contra o encontrado na literatura citada acima, mas 22% (11/50) apresentam xerostomia o que está de acordo com resultados apresentados na literatura



consultada (ver Figura 4 e Figura 5). A xerostomia pode ser causada por medicamentos enquanto a sialorréia pode ser causada tanto por medicamentos que aumentem a produção da saliva quanto da sensibilidade intra-oral alterada. Cabe ao Terapeuta da Fala avaliar cada caso para definir a melhor estratégia de reabilitação. Nos casos de xerostomia pode ser utilizado a saliva artificial, ajudando assim o utente a formar o bolo alimentar mais facilmente. Em relação a sialorréia caso seja pela alteração da sensibilidade intra-oral, deve-se trabalhar a adequação da mesma, podendo utilizar a técnica designado por “Cotonetes Frios de Francine”.



**Figura 4 - Sintoma de sialorréia.**



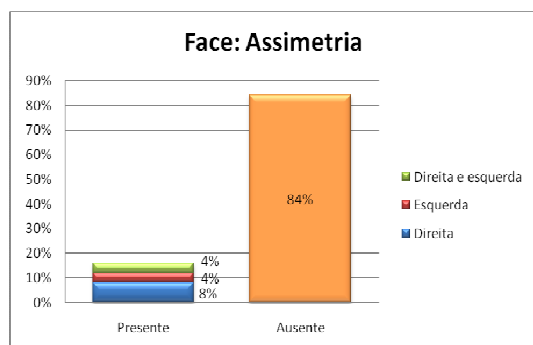
**Figura 5 - Sintoma de xerostomia.**

Os resultados quanto ao peso, desidratação e desnutrição, foram discutidos com as assistentes sociais dos respectivos lares, pois nenhum dos idosos entrevistados soube responder a esta pergunta. Foi mencionado que alguns pacientes têm apresentado perda de peso, porém outros estão sob dietas para combater a obesidade que tem sido intensificada. A diminuição do apetite ocorreu em alguns casos, mas por motivos de outras doenças (e.g., constipação). A desnutrição nunca foi detectada nestes lares. Os resultados do estudo de Alberico e Carmo (1998) estão de acordo com os do nosso trabalho, uma vez que, também referem que o envelhecimento é um processo complexo e gradual que revela modificações funcionais no tracto gastrointestinal que incluem perda de apetite, alterações na mastigação e na mobilidade digestiva afectando directamente o estado nutricional.

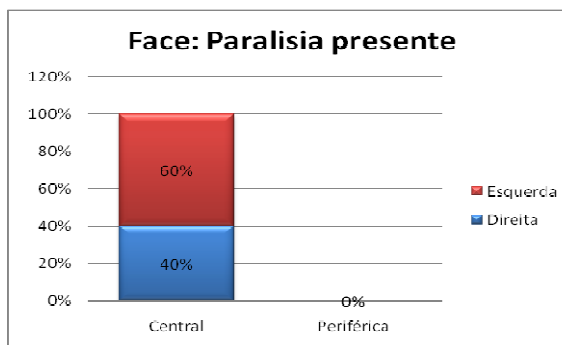
As informações recolhidas na anamnese permitem realizar uma melhor avaliação funcional. Deparamo-nos com grandes dificuldades em recolher os dados de pacientes com demência, ou por outras alterações neurológicas como a doença de Alzheimer. Não foi possível responder a certas perguntas da anamnese de forma completa, e por outro lado, como os idosos estão num lar, não foi possível direccionar as perguntas a algum familiar (quando o possuíam). Por isso os dados da anamnese foram retirados dos registos médicos, o que dificultou o restante da avaliação, pois eram poucos os dados fornecidos pelos mesmos.

#### **4.2. Avaliação Estrutural**

Em relação à face, 84% (42/50) dos idosos avaliados apresentaram simetria. Entre os idosos que apresentaram assimetria, 8% (4/8) apresentaram assimetria localizada no lado direito, 4% (2/8) no lado esquerdo e os restantes 4 % (2/8) nos dois lados (ver Figura 6). Esta assimetria estava relacionada com a paralisia facial central encontrada em 10% (5/50) dos idosos (ver Figura 7) além de próteses mal adaptadas, resultantes da reabsorção óssea, que com o tempo deformaram a face e por atrofia da musculatura da região oral, principalmente bucinador, derivada do envelhecimento e da ausência de dentes.



**Figura 6 - Presença de assimetria facial.**



**Figura 7 - Presença de paralisia facial, tipo de paralisia e lado afectado.**

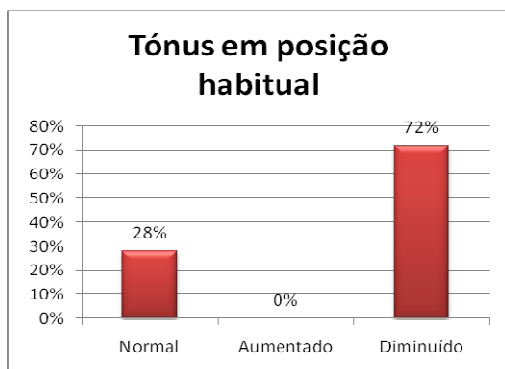
Os resultados deste trabalho quanto ao tónus muscular da face mostram que 94% (47/50) apresentam hipotonia da face, enquanto apenas 6 % (3/50) ainda apresentam a face com tónus adequado. A literatura mostra, assim como este estudo, que com o envelhecimento a musculatura de uma forma geral perde o tónus e ganha flacidez. A face estaria incluída neste processo e juntamente com a falta de dentes, a musculatura facial aparenta uma maior flacidez. Takacs, Valdrighi et al. (2002) referem que no processo de envelhecimento a pele perde então o brilho, a tonalidade, a elasticidade diminui devido à redução do número de fibras elásticas e de outros componentes do tecido conjuntivo. Os músculos cedem, a pele perde a elasticidade, surgem rugas, pregas, flacidez, manchas e alterações na pigmentação, provocando o agravamento dos sulcos e pregas naturais das regiões comprometidas. Essa degeneração costuma ocorrer sobre as regiões mais expostas aos factores agressivos, como a face, pescoço, dorso das mãos e antebraços.

No que respeita ao tipo facial, foi encontrado que 50% (25/50) apresentam a tipologia braquicefálica, 34% (17/50) dolicocefálico e 16% (8/50) mesocefálico. Dentre os estudos consultados, nenhum fazia referência à tipologia facial no envelhecimento, nem apresentavam uma caracterização da tipologia facial da população portuguesa.

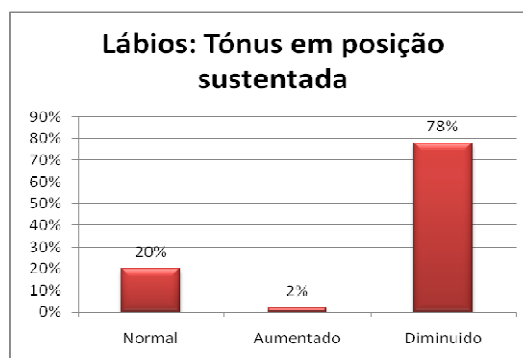
Quanto à mobilidade das estruturas faciais que foram testadas, obtiveram-se os seguintes resultados relativos ao movimento de enrugar a testa: 60% (30/50) conseguiu realizar este movimento, enquanto dos 40% (20/50) que não conseguiu, 24% (12/20) não realizou de forma alguma, 10% (5/20) não conseguiu enrugar o lado esquerdo e 6% (3/20) não conseguiu enrugar o lado direito. A mobilidade dos olhos foi testada pela força exercida para forçar este movimento, 94% (47/50) conseguiu realizar o movimento e apenas 6% (3/50) não conseguiu, porém conseguiram fechar os olhos, só não o faziam com força. O movimento de enrugar o nariz foi realizado por apenas 50% (25/50), 6% (3/50) só realizou do lado direito, nenhum realizou somente do lado esquerdo, e os outros 44% (22/25) não conseguiram realizar. Alguns destes movimentos eram feitos por imitação, i.e., a aluna realizava o movimento e posteriormente era pedido que o idoso fizesse o mesmo. Contudo, sabe-se que além da redução da sensibilidade orofacial, as perdas dentárias e a utilização de próteses referida por Furkim e Santini (1999) ocorre também a perda da mobilidade e a diminuição dos movimentos orais, o que podem causar alterações na fala, mastigação e deglutição. Sayeg (1998) menciona ainda que a perda de grupos musculares, diminuição da capacidade funcional, lentidão psicomotora e declínio da memória recente também contribuem para a não realização destes movimentos faciais.

Foram também avaliados os lábios, as bochechas e língua quanto ao tónus em posição habitual, em posição sustentada e quanto à mobilidade. Todos os resultados encontrados estão de acordo com a literatura (Takacs, Valdrighi et al. 2002) onde os idosos apresentam hipotonia muscular e menor mobilidade. Os nossos resultados encontram-se sumariados nas Figura 8, Figura 9, Figura 10, Figura 11 e Figura 12. Estes dados são de grande importância na avaliação estrutural, pois algumas das

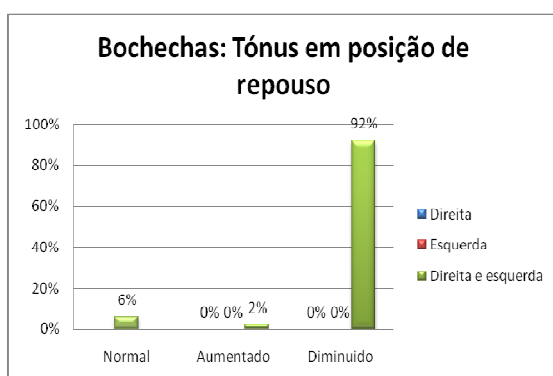
alterações que podem ser encontradas na avaliação funcional são causadas pelas deficiências que as estruturas podem apresentar. Para a mastigação e a deglutição serem eficazes, estas estruturas devem apresentar tónus principalmente em posição sustentada e mobilidade para realizar os movimentos de trituração e pulverização do alimento, lateralização da língua, formação do bolo alimentar e realização da propulsão realizada pela língua desencadeando o reflexo de deglutição. Os utentes devem ser orientados a execução de exercícios de motricidade orofacial para fortalecer e melhorar a mobilidade das estruturas e estas ajudarem no processo da mastigação e formação do bolo alimentar, adequando assim a deglutição. Os exercícios devem ser indicados de acordo com a necessidade de cada utente, podem ser utilizados exercícios de força e mobilidade.



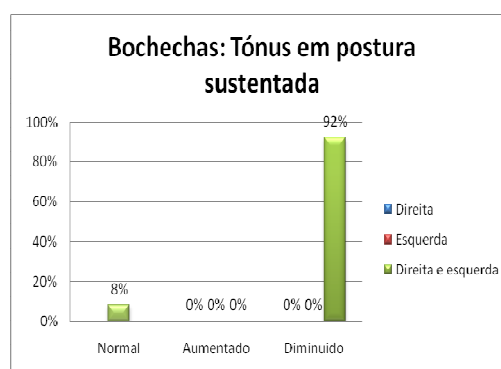
**Figura 8 - Lábios: Tónus em posição habitual.**



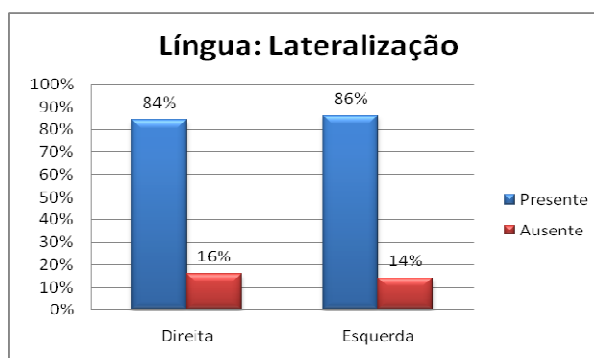
**Figura 9 - Lábios: Tónus em posição sustentada.**



**Figura 10 - Bochechas: Tónus em posição habitual.**



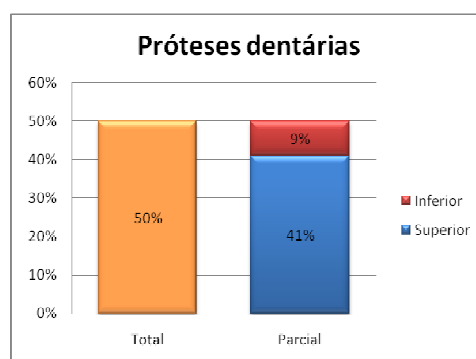
**Figura 11 - Bochechas: Tónus em postura sustentada.**



**Figura 12 - Língua: movimento de lateralização.**

Nenhum idoso possuía a dentição natural completa. Apenas 44% (22/50) apresentavam prótese dentária, destes, 41% (9/22) só utilizam a placa inferior e 9% (2/50) a placa superior. Os outros 50% (11/22) utilizavam a prótese total, porém 50% (11/22) dos pacientes que possuíam prótese dentária utilizavam-na mal adaptadas (ver Figura 13).

Maciel e Maciel (2003) mostram que uns dos principais problemas do idoso na fase oral são a limitação da mastigação pela ausência de dentes e utilização de próteses. Suzuki, Duprat et al. (1998) num estudo com 12 mulheres cujas idades variavam de 60 a 80 anos, sem queixa ou dificuldade na deglutição, mostraram que as perdas dentárias e as próteses mal adaptadas prejudicam visivelmente a fase preparatória oral da deglutição. Segundo Costa e Castro (2003) a prótese mal adaptada está relacionada com a idade uma vez que o osso alveolar atrofia cerca de um milímetro por ano na ausência de dentes.



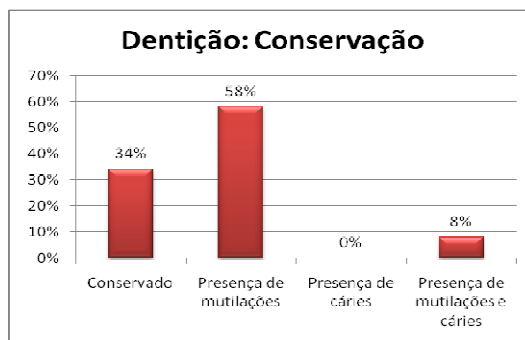
**Figura 13 - Tipo de prótese dentária**

Dos 56% (28/50) utentes que não utilizam prótese dentária, apenas 2% (1/47) tem mais de 18 dentes, 26% (12/47) têm entre 7 e 9, 21% (10/47) têm de 1 a 3 dentes e apenas outros 2% (1/47) possui 1 dente. O número de pessoas em cada classe é um número aproximado, uma vez que não foi possível contar com exactidão quantos dentes tinham, pela dificuldade em abrir a boca, por isso este grupo é constituído por apenas 47 idosos. Este estudo vai ao encontro da literatura de Tanure, Barboza et al. (2005) e Maksud e Reis (2003).

Durante a avaliação, foi dada a orientação para que os idosos procurassem um estomatologista para ajustar a prótese dentária e também que usassem a prótese pelo menos para a alimentação, pois iria facilitar a mastigação e evitar alguns riscos de penetração e aspiração.

A ausência de dentes está relacionada com a falta de conservação, tal como pode ser observado na Figura 14. Nota-se que 58% (29/50) apresentam mutilações, 8% (4/50) cáries além das mutilações e apenas 34% (17/50) apresentam os dentes em bom estado de conservação. Esta conclusão é reforçada pela falta de higiene oral encontrada em 60% da amostra. Bacha, Giglio et al. (1999); Schindler e Kelly (2002) em seus estudos, também observaram que a higiene oral dos idosos é muito limitada, assim como este estudo. A ausência de dentes, associada à desinformação da importância de se escovar a língua, faz com que a maioria desses indivíduos perca o hábito de realizar a higiene oral estando sujeitos ao aumento de cáries e perdas dentárias, a periodontite, ulcerações (detectadas) e mau hálito.

Os dados de higiene oral devem ser avaliados pois grande parte da aspiração é causada por restos alimentares que ficam na boca e acabam por escorrer para a laringe, sem o utente perceber. Dessa forma, durante a própria avaliação, já é possível orientar tanto o utente quanto o cuidador em relação à higiene oral, que além de conservar os dentes para a mastigação, também reduz a probabilidade de aspiração por resíduos alimentares.

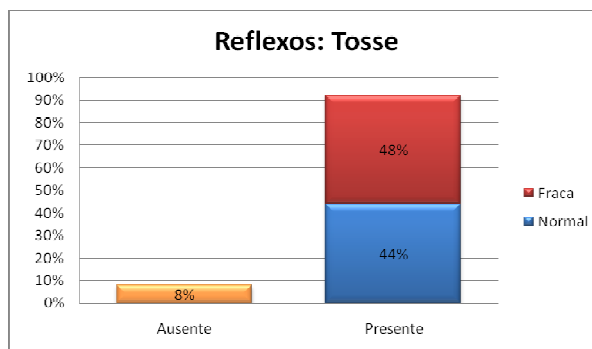


**Figura 14** - Estado de conservação dos dentes naturais.

Os resultados da análise dos reflexos revelaram que 96% (48/50) dos idosos não apresentaram o reflexo de mordida e que 100% (50/50) dos participantes no estudo não manifestaram o reflexo de sucção. Uma vez que não são esperados nesta faixa etária, não serão discutidos neste estudo. O reflexo palatal estava presente em 98% (49/50) dos idosos, sendo que 2% (1/49) estavam diminuídos e em 2% (1/50) não foi possível avaliar. Issa (2003) afirma que o reflexo palatal previne a comida de entrar na nasofaringe, i.e., é extremamente importante avaliar o reflexo palatal.

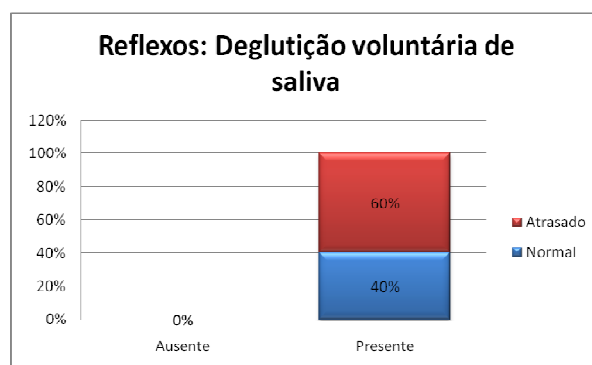
O reflexo de vômito não foi avaliado, uma vez que é um reflexo incômodo e muitas vezes desorganizador. Encontram-se na literatura estudos (Nilson, Ekberg et al. 1996; Leder 1996) que revelaram apenas reduzidos números 15% (3/20), dentro da população analisada que não apresentaram tal reflexo. Porém, apesar da sua análise fazer tradicionalmente parte da avaliação das perturbações de deglutição, há dúvidas quanto à sua relevância clínica, pois sabe-se que a ausência do reflexo de vômito não prediz a ocorrência de disfagia. É importante notar que o reflexo de vômito não faz parte da deglutição normal e que está ausente em mais de um terço dos adultos saudáveis sem disfagia. Xerez, Carvalho et al. (2004) relataram que a observação da sua presença, sem qualquer consideração qualitativa, não mostrou correlação com o risco de penetração/ aspiração em sua amostra. Considerou-se que no âmbito desta Dissertação, seria importante tomar nota quando o reflexo estiver (ou não) anteriorizado e aí sim trabalhar na reabilitação, com adequação da sensibilidade intra-oral, e realização do controle oral para a interrupção do reflexo, caso contrário não necessita de ser estimulado para a sua avaliação.

O reflexo de tosse foi encontrado em 92% (46/50) dos idosos. Porém, 48% (24/46) destes idosos apresentava tosse fraca e 44% (22/46) normal (ver Figura 15). Estes resultados estão de acordo com os de Furkim e Santini (1999) que defendem a ideia de que é comum nos quadros neurogênicos, uma diminuição do reflexo da sensibilidade laríngea e reflexo de tosse (falha no componente sensorial ou motor do X par craniano), além do comprometimento cognitivo prejudicando a percepção e a manifestação do problema. Padovani, Moraes et al. (2007) avaliaram o reflexo de tosse para determinar a habilidade do paciente de expelir material da via aérea durante a oferta de líquido ou pastoso, caso necessário. Na presença de tosse, são consideradas três características principais: o desencadeamento (reflexo ou voluntário), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou depois). *Tosse voluntária*, na presença de tosse sob solicitação, geralmente necessária após observação de auscultação cervical alterada ou voz molhada sem limpeza espontânea; *tosse forte ou eficaz*, na presença de tosse capaz de mobilizar estase de secreção e limpar a via aérea; *tosse fraca ou ineficaz*, na presença de tosse incapaz de mobilizar estase de secreção em via aérea. Este reflexo é um indicador para alguma alteração da deglutição (Furkim e Santini 1999; Padovani, Moraes et al. 2007), sendo considerado um sinal importante para a penetração laríngea, além de também ser um factor de protecção para evitar a aspiração, pois pode acontecer uma penetração, o utente tossir e expelir o alimento evitando dessa forma a aspiração.



**Figura 15** - Presença do reflexo de tosse.

Em relação ao reflexo de deglutição de saliva, estava presente em todos os utentes. Porém, em 60% (30/50) destes, o reflexo é atrasado (ver Figura 16). Muitos autores (Cook, Weltman et al. 1994; Loggeman 1990; Robbins, Hamilton et al. 1992 e Weetch 2001) afirmam que entre as alterações que ocorrem naturalmente durante o envelhecimento (não advindas de danos neurológicos ou estruturais) existem os problemas de deglutição decorrentes (e.g., o atraso no disparo de deglutição na fase faríngea). Além das alterações fisiológicas sofridas com o envelhecimento, os idosos que também possuem, concomitantemente, alguma alteração neurológica apresentando este problema agravado. O cuidador deve ser aconselhado a lembrar o utente, durante o dia e principalmente durante a alimentação, de deglutir a saliva ou o alimento, pois como é um processo neurológico, o utente ao receber o estímulo visual do alimento e auditivo, consegue desencadear com mais facilidade o reflexo da deglutição, além de ser estimulado em terapia, o que será discutido mais à frente.



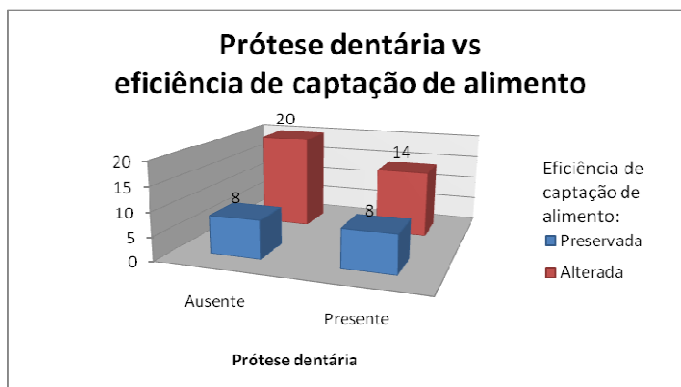
**Figura 16** - Teste do reflexo de deglutição espontâneo de saliva.

Apenas 2% (1/50) apresentaram uma voz “normal”. As alterações mais encontradas foram a soproside, a rouquidão, a aspereza e a voz molhada. Alguns estudos (Ferreira e Costa 2001) mostram que o envelhecimento implica enfrentar diversas modificações físicas, sociais, económicas e psicológicas. Ocorre a diminuição das funções corporais e dentre elas as mudanças na voz, o que justifica os dados das alterações vocais encontradas neste estudo.

#### **4.3. Avaliação Funcional**

A avaliação funcional relativa à captação do alimento revelou que 68% (34/50) dos idosos apresentaram uma captação alterada, quer por deixar alimento cair antes mesmo de começar a mastigar, quer pela quebra da bolacha na mão, e apenas 2% (1/50) dos idosos, recebia o alimento por

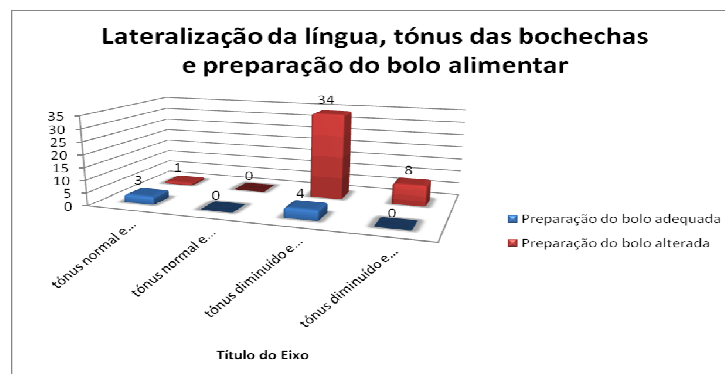
uma seringa. Os motivos que foram associados a esta alteração da captação têm a ver principalmente com a falta de dentes (ver Figura 17). Muitos idosos ( $20/50 = 40\%$ ) revelaram ineficiência na captação do alimento e ausência de prótese dentária. A incisão no alimento sólido, a pressão na colher, a retirada do alimento pastoso e até o controlo do líquido na boca são mais fáceis quando existe dentição.



**Figura 17** - Dificuldade na captação dos alimentos com o uso da prótese dentária.

A preparação do bolo alimentar também estava alterada em 86% (43/50) dos idosos, em que 38% (19/50) não mastigava o suficiente, 32% (16/50) realiza o amassamento, 12% (6/50) não formava um bolo alimentar coeso, 2% (1/50) não prepara o bolo alimentar e 2% (1/50) não controlaram a deglutição com o bolo alimentar. Este dado também está directamente relacionado com a falta de dentes e/ou a falta do uso da prótese dentária, pois com uma mastigação ineficaz, deixa de ocorrer a pulverização do alimento que faz com que a formação do bolo alimentar fique mais fácil. Por isso foram dadas algumas orientações aos utentes quanto à higiene oral, ao uso da prótese dentária e à sua importância, e à necessidade de mastigar bem os alimentos para juntar tudo no centro da língua e depois deglutir. Estes aspectos também estão directamente relacionados com a falta de tónus e mobilidade da língua e com a falta de tónus em posição sustentada da musculatura do bucinador principalmente (ver Figura 18). A maioria significativa ( $34/50 = 68\%$ ) dos idosos que apresentaram lateralização de língua e tónus diminuído da musculatura das bochechas, também apresentaram uma preparação do bolo alimentar alterada, e 16% (8/50) dos utentes que não apresentaram lateralização da língua, apresentaram tónus das bochechas diminuído bem como preparação do bolo alterada. Desta forma não é possível formar um bolo alimentar coeso porque a língua não consegue trabalhar o alimento, lateralizando-o, bem como o bucinador não apresenta força suficiente para conduzir o bolo alimentar para o centro da língua. Os exercícios de motricidade orofacial que melhoram a mobilidade de língua e a força de bucinador são aconselhados para a adequação da preparação do bolo alimentar, porém estes exercícios, devem ser indicados de acordo com cada caso.





**Figura 18** - Lateralização de língua, tônus em posição sustentável de bucinador e a preparação do bolo alimentar.

A população mais idosa com ou sem perturbações neurológicas apresenta alterações na fase oral (captação do alimento e a preparação do bolo alimentar). Maciel e Maciel (2003) também afirmam que na fase preparatória temos diminuição da força da mordida e limitação da mastigação pela ausência de dentes e utilização de próteses. Na fase oral ocorre aumento do tecido conjuntivo da língua, alterações na mucosa oral (perda da elasticidade e de aderência) e diminuição da *performance* motora de lábios e língua.

Os dados analisados na Tabela 1 serão divididos pelas fases da deglutição. Dessa forma a primeira fase a ser avaliada é a fase oral: onde são observados o escape oral posterior e os resíduos orais após a deglutição.

Relativamente ao escape oral posterior, na consistência líquida, 40% apresentaram escape precoce e 44% não apresentaram. Na consistência pastosa, 18% encontrava-se presente enquanto apenas 2% não obtiveram. Na consistência sólida, 44% estava presente enquanto apenas 32% encontrava-se ausente.

Já os resíduos orais para a consistência líquida não houve nenhum caso, para a consistência pastosa, 6 % foi possível perceber resíduos e 14% não apresentaram. Enquanto que na consistência sólida, 32% apresentaram e 44% não apresentaram.

Tanure, Barboza et al. (2005) relatam maior dificuldade na manipulação do alimento, no preparo e organização do bolo, no movimento ântero-posterior da língua e na ejeção oral, o que nos faz pensar que pode ocorrer com mais frequência o escape oral posterior, e a presença de resíduos orais após a deglutição pois o bolo alimentar não foi preparado de forma correcta. Os idosos com perturbações neurológicas apresentam maiores hipóteses de alteração na fase oral. O estudo de Xerez, Carvalho et al. (2004) revelou, em pacientes com AVC, problemas na fase oral. Os resultados do estudo de Sant'ana (2002), com pacientes que sofriam de Esclerose Lateral Amiotrófica, mostraram que dos oito casos que apresentaram alteração apenas na fase oral, quatro tinham comprometido os três estágios da deglutição (preparação, organização e ejeção). Um deles apresentava problemas apenas no estágio de preparação do bolo, dois apresentaram alteração apenas na ejeção, e um único sujeito apresentou alterações tanto na organização quanto na ejeção do bolo para a faringe. O estudo de Dantas (2008) em idosos com disfagia orofaríngea relata alteração na força, no controlo e na organização dos movimentos da língua, aumento do tempo de mastigação e de alimentação e acumulação de resíduos alimentares na boca.



	Líquido (n=42)			Pastoso (n=10)			Sólido (n=38)		
	Presente	Ausente	Não avaliado	Presente	Ausente	Não avaliado	Presente	Ausente	Não avaliado
Encerramento labial	82%	2%	16%	14%	6%	80%	72%	4%	24%
Escape oral anterior	20%	64%	16%	12%	8%	80%	12%	64%	24%
Escape oral posterior	40%	44%	16%	18%	2%	80%	44%	32%	24%
Reflexo de deglutição	84%	0%	16%	20%	0%	80%	76%	0%	24%
Estase alimentar	16%	68%	16%	18%	2%	80%	44%	22%	24%
Diminuição da elevação da laringe	56%	28%	16%	10%	10%	80%	54%	22%	24%
Deglutições múltiplas	28%	56%	16%	14%	4%	82%	32%	44%	24%
Refluxo nasal	2%	92%	16%	0%	20%	80%	2%	74%	24%
Alteração na auscultação cervical	48%	36%	16%	18%	2%	80%	48%	28%	24%
Tosse ou engasgo	20%	64%	16%	18%	2%	80%	18%	58%	24%
Voz molhada após a deglutição	36%	48%	16%	18%	2%	80%	30%	46%	24%
Alteração respiratória	26%	58%	16%	10%	10%	80%	26%	50%	24%
Sudorese	0%	84%	16%	2%	18%	80%	0%	76%	24%
Sonolência	2%	82%	16%	2%	18%	80%	0%	76%	24%
Cianose	0%	84%	16%	0%	20%	80%	0%	76%	24%
Sialorréia	0%	84%	16%	2%	18%	80%	0%	76%	24%
Resíduos orais após deglutição	0%	84%	16%	6%	14%	80%	32%	44%	24%
Outros (soluços)	14%	70%	16%	0%	20%	80%	14%	62%	24%

**Tabela 1** - Avaliação funcional.

Quando comparamos os dados do reflexo de deglutição da saliva com a presença de escape oral posterior durante a deglutição dos alimentos, observamos que 30% dos idosos que apresentaram um atraso no reflexo de deglutição da saliva, também apresentaram escape oral posterior na consistência sólida e 28% na consistência líquida (ver Tabela 2). Até o reflexo de deglutição ser desencadeado, o alimento pode verter precocemente para a laringe, provocando engasgos e micro-

aspirações. Para isto deve-se trabalhar o reflexo de deglutição, através da temperatura fria do alimento, que estimula o reflexo da deglutição e aumenta a mobilidade faríngea. Deve ser indicado o controlo oral para induzir uma melhor pressão negativa intra-oral, e estimulação da base de língua para que esta realize o movimento de posteriorização e elevação em direcção ao palato mole, desencadeando assim, o reflexo de deglutição.

		Escape oral posterior								
		Líquido (n=42)			Pastoso (n=10)			Sólido (n=38)		
		Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do	Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do	Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do
Degluti- ção da saliva (n=50)	Normal	12%	28%	0%	0%	2%	38%	14%	22%	4%
	Atrasa- do	28%	16%	16%	18%	0%	42%	30%	10%	20%

**Tabela 2** - Relação entre o reflexo da deglutição da saliva e a presença de escape oral posterior.

As elevadas percentagens do reflexo de deglutição dos alimentos quando comparado com a ocorrência da elevação da laringe indica que é necessário que este movimento ocorra para desencadear o reflexo da deglutição. Para a consistência sólida foi estudado 54% da população e na consistência líquida 56% (ver Tabela 3). A elevação da laringe tem um papel fundamental para o reflexo de deglutição, pois não adianta só a base de língua tocar nos pilares dos arcos faríngeos, a laringe também deve elevar-se para que isso ocorra. O utente que não apresenta elevação de laringe suficiente, realiza um maior esforço para deglutir, gastando mais energia durante a alimentação, apresentando maior cansaço e dessa forma aumentando a probabilidade para as penetrações e/ou aspirações no final da refeição. O método de intervenção normalmente utilizado nestas situações é a manobra de Mendelson, onde o próprio utente ou o cuidador eleva a laringe no acto da deglutição, esperando o utente deglutir e somente depois baixa a laringe. Esta manobra também favorece a protecção de vias aéreas superiores.

			Elevação da laringe								
			Líquido (n=42)			Pastoso (n=10)			Sólido (n=38)		
			Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do	Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do	Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do
Deglu- tição	Lí- quido (n=42)	Presen- te	56%	28%	0%	6%	0%	78%	54%	20%	10%
		Ausen- te	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Não avalia- do	0%	0%	16%	4%	10%	2%	0%	2%	14%
	Pasto- so (n=10)	Presen- te	6%	0%	14%	10%	10%	0%	4%	0%	16%
		Ausen- te	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Não avalia- do	50%	28%	2%	0%	0%	80%	50%	22%	8%
	Só- lido (n=38)	Presen- te	50%	24%	2%	4%	0%	72%	54%	22%	0%
		Ausen- te	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Não avalia- do	6%	4%	14%	6%	10%	8%	0%	0%	24%

**Tabela 3** - Relação entre o reflexo da deglutição de alimentos com a elevação da laringe.

Na fase faríngea, foi analisada a estase alimentar, a diminuição da elevação da laringe e a deglutição múltipla.

No que respeita à estase alimentar, este estudo revelou, na consistência líquida, que 16% apresentaram resposta positiva, ou seja apresentam estase durante a deglutição enquanto que 68% não apresentam estase desta consistência alimentar. Para a consistência pastosa, 18% manifestaram resposta positiva e apenas 2 % respostas negativa. Para a consistência sólida, 44% apresentaram estase enquanto 22% não possuíam estase alimentar.

Para a diminuição da elevação laríngea, os resultados foram: 56% apresentam diminuição e 28% não, para a consistência líquida; para a consistência pastosa foram 10% para sim e 10% para não; e na consistência sólida, 54% apresentam diminuição, enquanto apenas 22% não apresentam este sintoma.

No que respeita as deglutições múltiplas, com o líquido, 28% exibiram esta compensação, enquanto 56% não. Na consistência pastosa, 14% fazem deglutições múltiplas e 4% não. Para a consistência sólida, 32% realizam esta manobra enquanto 44% não a realizam.

Quando comparamos a presença da estase alimentar com a presença das deglutições múltiplas, os resultados obtidos para a consistência sólida, revelaram que em 20% dos idosos ocorre a estase alimentar e as deglutições múltiplas associadas (ver Tabela 4). Os alimentos sólidos foram provavelmente menos trabalhados na mastigação e por isso apresentam maior probabilidade de ocorrer a estase alimentar, por apresentarem pedaços não pulverizados. A estase alimentar é um factor que desencadeia deglutições múltiplas.

			Deglutições múltiplas								
			Líquido (n=42)			Pastoso (n=10)			Sólido (n=38)		
			Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do	Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do	Presen- te	Ausen- te	Não avalia- do
Estase alimen- tar	Lí- quido (n=42)	Presen- te	6%	10%	0%	4%	0%	12%	8%	6%	2%
		Ausen- te	22%	46%	0%	0%	2%	66%	22%	38%	8%
		Não avalia- do	16%	0%	0%	10%	2%	4%	2%	0%	14%
	Pasto- so (n=10)	Presen- te	4%	0%	14%	14%	2%	2%	2%	0%	16%
		Ausen- te	0%	2%	0%	0%	2%	0%	0%	2%	0%
		Não avalia- do	24%	54%	2%	0%	0%	80%	30%	42%	8%
	Só- lido (n=38)	Presen- te	12%	32%	0%	2%	0%	42%	20%	24%	0%
		Ausen- te	12%	18%	2%	0%	2%	30%	12%	20%	0%
		Não avalia- do	4%	6%	14%	12%	2%	10%	0%	0%	24%

**Tabela 4** - Relação entre a estase alimentar e as deglutições múltiplas.

Os nossos resultados estão de acordo com os apresentados na literatura pesquisada quando referem que na fase faríngea é possível notar uma redução no grau de elevação anterior da laringe, elevação do hióide mais demorada, redução do peristaltismo faríngeo, resultando em resíduos na faringe após a deglutição (Maciel e Maciel 2003). Cook, Weltman et al. (1994); Loggeman (1990); Robbins, Hamilton et al. (1992) e Weetch (2001) descreveram que a posição da laringe é mais baixa, com movimento de elevação e abaixamento mais lentos, existe um atraso no reflexo da deglutição na fase faríngea e lentidão da motilidade faríngea aumentando o tempo do trânsito alimentar nessa fase de deglutição, há aumento do tempo de abertura do cricofaríngeo e redução peristaltismo esofágico.

Este estudo permitiu ainda observar que os idosos que não fazem deglutições múltiplas, bebem água como forma de ajuda para deglutir quer pela falta de formação do bolo alimentar quer pelo atraso no reflexo da deglutição

Posteriormente à deglutição, foi analisada com auscultação cervical e a presença de tosse após a deglutição e se houve alguma alteração vocal. A auscultação cervical estava alterada em 48% dos idosos após a consistência líquida: 18% após a consistência pastosa e 48% após a consistência sólida.

Padovani, Moraes et al. (2007) mencionam que a auscultação dos sons da respiração (inspiração e expiração) antes da deglutição oferece um padrão consistente de comparação após a deglutição, podendo-se verificar o surgimento de ruídos. Desta maneira, utiliza-se o termo *auscultação cervical adequada*, quando há ausência de ruídos na sequência de expiração ou inspiração, apnéia, “clunk” de deglutição e expiração ou inspiração; *auscultação cervical alterada antes e após a*

*deglutição*, na presença de ruídos na respiração antes da deglutição e manutenção destes ruídos (com mesma frequência fundamental) após a deglutição, e *auscultação cervical alterada após a deglutição*, quando ocorre presença de ruídos, não observados anteriormente, após a auscultação do “clunk” de deglutição. A auscultação cervical da mecânica da deglutição tem sido comparada com resultados de videofluoroscopia (Ramsey, Smithard et al. 2003), o que tem revelado a significância para a detecção de aspiração.

Dos utentes neste estudo, 20% apresentaram tosse após a deglutição da água, 18% após a bolacha ou pão molhados em café com leite e 18% após a bolacha seca.

O estudo de Padovani, Moraes et al. (2007) mostra que a tosse reflexa durante ou após a deglutição é um sinal de aspiração por disfagia orofaríngea, sendo indicador da existência de sensibilidade na região laríngea e da habilidade de expectoração, embora a sua presença não seja sinónimo de desobstrução da via aérea. A *tosse após a deglutição*, é considerada na presença de tosse até um minuto após o início do reflexo de deglutição.

Para a alteração vocal após a deglutição, encontram-se os seguintes resultados: 36% apresentaram voz molhada após o líquido, 18% após o pastoso e 30% após o sólido.

Valim, Santos et al. (2007) consideraram nos protocolos de avaliação da disfagia a alteração da qualidade vocal. O paciente disfágico apresenta uma qualidade vocal rouca e soprosa, relacionadas com um incompleto encerramento das pregas vocais, a presença de “voz húmida”, ou voz molhada quando há secreção no vestíbulo laríngeo ou recessos piriformes, entre outros dados de hipernasalidade ou mudanças no sinal sonoro. A qualidade vocal indica eventos relevantes na região das vias aerodigestivas superiores, principalmente no que se refere à coordenação da respiração e deglutição. A avaliação vocal produz parâmetros úteis na avaliação da disfagia.

Ao comparar a alteração da auscultação cervical, com a presença de voz molhada após a deglutição e a presença de estase alimentar, observamos que para as consistências líquida e sólida, existem uma relação estatisticamente significativa, onde a presença dos três itens para a primeira consistência é de 16% e para a segunda de 28%. Isso remete que a estase alimentar pode caracterizar uma alteração na auscultação cervical assim como a presença de uma voz molhada, pois o alimento encontra-se justamente na região laríngea onde se realiza a auscultação cervical e onde ocorre a produção vocal.

Um resultado importante deste estudo foi que 62% (31/50) dos participantes, não apresentaram capacidade para protecção de via área, porém, com as adaptações realizadas por cada um, os riscos e hipóteses para a penetração laríngea e a aspiração diminuíram. Tanure, Barboza et al. (2005) obtiveram resultados semelhantes aos do nosso estudo, verificando que a maior parte dos idosos (95%) consegue adaptar-se às mudanças do envelhecimento, enquanto que em 5% da amostra as alterações causam sintomas disfágicos como penetração laríngea e possível aspiração.

Dos exames complementares necessários para melhor visualizar o processo de deglutição, 72% dos casos necessitariam de uma videofluoroscopia, 4% da nasofibroestroboscopia e 2% da endoscopia da laringe. Os exames são apenas uma forma de clarificar e confirmar o diagnóstico clínico, lembrando que o exame de maior valor e precisão ainda é uma avaliação metódica por um Terapeuta da Fala. Como não são essenciais para o diagnóstico e nem sempre possíveis de serem realizados, não foram utilizados neste estudo, porém poderiam representar uma mais valia para a análise e comparação da avaliação clínica.

#### **4.4. Sumário**

Os dados dos protocolos analisados, foram somente as perguntas mais relevantes para diagnosticar um idoso com disfagia.

Concluindo os resultados deste estudo, podemos confirmar que o idoso apresenta prejuízos fisiológicos que favorecem ao aparecimento da disfagia.

Quanto à anamnese podemos afirmar que é de grande importância que além do idoso, outra pessoa que possa dar informações relevantes sobre a história clínica do utente esteja presente na entrevista. Quanto mais informações são recolhidas na anamnese, mais fácil é a realização da avaliação estrutural e funcional.

Em relação a avaliação estrutural, este estudo revelou que no idoso os músculos perdem o tônus, a mobilidade, a elasticidade, ocorre a diminuição dos movimentos orais, a redução da sensibilidade orofacial, as perdas dentárias e a utilização de próteses. Um dos dados mais relevantes foi o número de dentes naturais e a utilização de próteses dentárias. A maioria dos idosos têm menos de 10 dentes naturais e apenas 44% da população entrevistada utilizava a prótese. A avaliação destes dados deu a conhecer quais as perdas em diferentes estruturas que os idosos, o que antecipa o que poderá ser observado na avaliação funcional e por conseguinte permite planear a reabilitação.

Na avaliação funcional, o resultado mais relevante deste estudo foi a adaptação que os idosos conseguem fazer para evitarem os engasgos.

Este trabalho providenciou dados recolhidos com um protocolo de anamnese e avaliação que são considerados de extrema importância para a detecção da disfagia.

Com estes resultados foram dadas orientações específicas para cada utente e para os lares onde a pesquisa foi realizada, para que os sinais de riscos de penetração e aspiração possam ser atenuados e dessa forma a qualidade de vida dos idosos melhorar.



## **5. Conclusões**

Neste capítulo serão apresentadas conclusões referentes às questões e hipóteses lançadas inicialmente. Serão descritas ainda as principais conclusões e as conclusões gerais do trabalho, salientando-se ainda as orientações que foram dadas aos lares onde decorreu o trabalho.

### **5.1. Conclusões**

Este trabalho iniciou-se com uma vasta revisão bibliográfica sobre a incidência da disfagia no idoso com e sem alteração neurológica para verificar a pertinência da problemática levantada. Após esta extensa revisão, foram retiradas informações relevantes para a concretização do trabalho. Neste passo, a aluna deu conta de que para a avaliação dos pacientes, seria necessário um protocolo de avaliação. Foram encontradas muitas referências internacionais sobre a forma e a necessidade de se realizar uma avaliação correcta, definida e estruturada, mas nenhum estudo nesta área foi encontrado relativamente a Portugal.

A área da disfagia poderia beneficiar dum protocolo de avaliação como base para orientar os terapeutas da fala na realização duma avaliação completa, além de iniciar uma padronização na avaliação dos pacientes disfágicos.

A segunda conclusão deste estudo é de com o envelhecimento aumentam as perturbações da deglutição (Feinberg, Ekberg, et al. 1992; Zenil-man, Roslyn 1994). A idade pode afectar a função motora do aparato da deglutição e produzir a disfagia. A alteração da deglutição e mecanismos de protecção das vias aéreas no idoso podem causar um problema muito maior pela criação de um ciclo vicioso de aspiração e má nutrição e pode aumentar a necessidade de cuidados de saúde no idoso. O nosso estudo pôde perceber que o envelhecimento tem uma relação directa com a disfagia e esta relação fica ainda mais estreita quando, associado ao quadro clínico, está alguma patologia neurológica. Os idosos avaliados apresentaram em sua grande maioria alguma alteração em uma das fases da deglutição.

Podemos também concluir que as pneumonias são frequentes nos idosos, todavia poucas são as diagnosticadas como sendo por aspiração, sendo poucos os estudos nesta área. O que é perceptível é que os internamentos são frequentes e a grande maioria que apresenta estas pneumonias são idosos com um quadro clínico mais reservado, uma saúde mais debilitada e algum distúrbio da deglutição.

Concluimos que o número de idosos que apresentam disfagia é grande mas graças às adaptações que o idoso desenvolve ao longo dos anos para evitar os engasgos, este número de disfágicos é reduzido e poucos são os que apresentam sinais de aspiração como picos febris após a refeição, perda de peso, tosse e engasgos. As adaptações mais encontradas foram: a mudança da consistência alimentar para o pastoso e a ingestão de líquidos durante a refeição. Estas adaptações têm a ver com o facto de que a fase da deglutição mais comprometida ser a oral. Os idosos além da ausência de dentes naturais e a falta do uso da prótese dentária, também apresentam alterações estruturais como a diminuição do tónus da musculatura do bucinador, língua e lábios, dificultando a mastigação e a formação do bolo alimentar para a deglutição, e dessa forma, com um alimento mais pastoso a mastigação não precisa ser tão eficiente, e com a ingestão de líquidos, o alimento é levado juntamente com este para a fase seguinte da deglutição. Nem as pneumonias por repetição estavam relacionadas com fenómenos de aspiração.



Em síntese, em relação a caracterização da população, foi possível perceber que a realidade dos idosos institucionalizados do país é provavelmente muito semelhante a realidade encontrada neste estudo. Os idosos apresentam alterações estruturais e musculares próprias do envelhecimento natural que são agravados pelas alterações neurológicas. Manifestam o processo de mastigação e de deglutição alterado, exibindo sinais de riscos de penetração e aspiração, que agravam o quadro clínico geral como as pneumonias de repetição causadas pelas micro-aspirações tanto de alimentos quanto de saliva. Os lares foram devidamente alertados sobre os perigos e consequências que a disfagia trás. Estes idosos precisam de avaliação, intervenção e principalmente de orientação afim de diminuir estes riscos. Algumas orientações básicas, como a postura para alimentação, a consistência alimentar, a higiene oral, o uso da prótese dentária, os utensílios indicados e algumas manobras para protecção de vias aéreas superiores e limpeza de vestíbulo laríngeo ou recessos piriformes, podem e devem ser feitas durante a avaliação. As alterações na deglutição na população idosa não decorrem exclusivamente da idade avançada. Qualquer alteração da saúde do utente relacionada com a alteração da deglutição deve ser cuidadosamente investigada.

Mesmo que a intervenção não seja possível, um dos objectivos da actuação do Terapeuta da Fala é garantir uma melhor qualidade de vida ao utente. Por isso, mesmo que a terapia não seja possível, o Terapeuta pode indicar à equipa de cuidadores, a melhor via de alimentação, orientar quanto a sensibilidade intra-oral e a sua importância, além de realizar um acompanhamento contínuo da evolução do utente, reavaliando a suas capacidades orais. Dessa forma o trabalho na equipa interdisciplinar torna-se indispensável e de grande valia no que refere ao prognóstico clínico, uma vez que com a intervenção e/ou as orientações a probabilidade da pneumonia por aspiração diminui, evitando assim o óbito e melhorando a qualidade de vida e o quadro clínico do utente.

Este estudo também revelou que o uso de protocolos é indispensável no diagnóstico da disfagia, podendo-se concluir que uma avaliação detalhada por um Terapeuta da Fala é uma mais valia a par dum exame imagiológico. Este estudo comparou protocolos de diversos países e tentou basear-se na realidade deste país como forma de personalizar a sua estrutura. O protocolo é de fácil preenchimento e acaba por facilitar a avaliação do Terapeuta da Fala uma vez que ele guia os passos a serem questionados e avaliados.

Quanto às questões sugeridas pelo protocolo deste estudo, tendo em conta os itens avaliados com o diagnóstico realizado, conclui-se que tal protocolo apresenta perguntas relevantes e que facilitam descrever o motivo e a fase em que o paciente apresenta a alteração da deglutição. Desta forma, pode vir a ser um procedimento utilizado nos vários espaços sugeridos, como universidades, instituições e hospitais.

Ao aplicar o protocolo, a aluna pode concluir que uma anamnese meticulosa e informações complementares do paciente fornecidos pelo mesmo ou por acompanhantes são de extrema importância, para que a par dos dados recolhidos pela avaliação estrutural e funcional o Terapeuta da Fala possa ter conhecimentos suficientes para diagnosticar, e posteriormente planear a sua conduta terapêutica e principalmente saber como orientar os cuidadores e familiares. Uma terapia que tem continuidade pelos cuidadores ou familiares a partir das orientações são muito mais eficazes e com melhores prognósticos para a reabilitação do paciente.

## **5.2. Trabalho Futuro**

Os protocolos utilizados deverão ser validados em estudos futuros, uma vez que os mesmos foram aplicados apenas por uma Terapeuta da Fala e com outro objectivo.

Outro estudo de grande interesse para a Terapia da Fala, é a realização de um estudo comparativo da deglutição, entre idosos sem alteração neurológica e idosos com alteração neurológica.

Assim conheceremos quais as reais dificuldades que são inerentes ao envelhecimento e que podem ser ditas como esperadas e dificuldades que realmente fogem do padrão e são consideradas alterações.

Pensamos ser pertinente a realização de novos estudos na área da disfagia em Portugal, especificamente no idoso, uma vez que necessitam de prevenção e actuação quanto às alterações da mastigação e da deglutição.

Apesar das limitações deste estudo, relacionadas principalmente com as questões temporais, consideramos que é um estudo impulsionador e de grande contributo para a compreensão do processo de mastigação e deglutição no idoso, uma vez que foram elaboradas algumas orientações práticas e propostas de terapia para a reabilitação desta perturbação.



## **Bibliografia**

Alberico, A. P. M. e M. G. T. Carmo (1998). "Alterações nas funções do trato gastrointestinal no envelhecimento." Arq Geriatr Gerontol **2**: 47-51.

Almeida, N. (2008). "Disfunções da deglutição." from [http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario\\_9.pdf](http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_9.pdf)

Andrade, C. R. F. (2005) Pesquisa em gagueira: considerações fonoaudiológicas. XIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia **Volume**, DOI:

Apel, K. e T. Self. (2003). "Evidence-based practice: marriage of research and clinical services." The ASHA Leader Online, from <http://www.asha.org/about/publications/leader-online/archives/2003/q3/030909htm>

ASHA. (2006). "Speech-Language Pathology." American Speech-Language-Hearing Association from <http://www.asha.org/public/slp.htm>.

Aspesi, N. V. (2001). "Doença de Alzheimer." from <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?150>.

Association., A. S.-L.-H. (2002). "Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders: technical report." ASHA Desk Reference, from <http://www.asha.org/about/publications/leader-online/archives/2002/>.

Aurélío SR, Genaro KF, et al. (2002). "Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais." Rev. Bras. Otorrinolaringol **68**(02).

Bacha, S. M. C., V. P. Giglio, et al. (1999). "Perfil fonoaudiológico do idoso institucionalizado." Pró-fono **11**: 1-7.

Barros, A. F. F., S. R. C. Fábio, et al. (2006). "Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico na fase aguda da doença." Arq Neuropsiquiatria **64**(4): 1009-1014.

Bastian, R. W. (1993). "The Videoendoscopic swallowing study: an alternative and partner to the videofluoroscopy swallowing study." Dysphagia **08**: 359-367.

Batesm JB, Stanfford GD, et al. (1976). "Masticatory function a review of the literature." Jornal Oral Rehabil **3**(1): 57-67.

Betancor E., Serrano P., et al. (2006). "Disfagia en el anciano." Rev Mult Gerontol **16**(1): 37-41.

Bigal, A., H. D., et al. (2007). "Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson." Distúrbio Comunicação **19**(2): 213-223.

Bilton, T., L. T. Soares, et al. (1999). "Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados." Disturb Comun **11**: 85-100.

Botelho MIMR and Liva AA (2003). "Avaliação funcional da disfagia de lactentes em UTI neonatal." Rev Assoc Med Brás **49**(03): 278-285.

Bretan O e Henry MACA (1997). "Laryngeal mobility and dysphagia." Arq Gastroenterol **34**: 134-137.

Bretan, O. e J. V. Tagliarini (2000). Qual a Contribuição da Avaliação Clínica na Indicação de Exames Complementares.

Carrilho, M. J. e C. Gonçalves (2005). "Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001." Revista de Estudos Demográficos **36**.

Castro and e. al. (2000). Tópicos 10 em Gastroenterologia - Deglutição e Disfagia Rio de Janeiro, MEDSI.

Cook, I. J., M. D. Weltman, et al. (1994). "Influence of aging on oral-pharyngeal bolus transit and clearance during swallowing: scintigraphic study " American Journal of physiology **266**: 972-977.

Costa GB (2000). "Mastigação infantil: enfoque fonoaudiológico." Fono Atual **3**: 15-20.

Costa M e Castro LP (2003). Tópicos em Deglutição e Disfagia, Medsi.

Costa, M. M. B. C. (1999). "Quantificação de eventos dinâmicos da deglutição registradas através do método videofluoroscópio." Arq Motil Dig Neurogastroenterol **2**: 43-48.

Crary MA ed Groher ME (2006). "Reinstituting oral feeding in tube-fed adult patients with dysphagia." American Society for parenteral and enteral nutrition: Nutrition in clinical practice **21**: 576-586.

Dahl, M., M. Thommessen, et al. (1996). "Feeding and nutritional characteristics in children with moderate or severe cerebral palsy." Acta Paediatr **85**: 697-701.

Daniels SK, McAdam CP, et al. (1997). "Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity." Am J Speech LAn Pathol **06**: 17-23.

Daniels, S. K., K. Brailey, et al. (1998). "Aspiration in patients with acute stroke." Arch Phys Med Rehabil **79**(jan.): 14-19.

Dantas, M. O. R. (2008). Disfagia em cardiopatas idosos: teste combinado de deglutição e monitorização dos sinais vitais. 16º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, Campos do Jordão - São Paulo.

Didier, B. (2004). Disfagia - Evaluación y reeducación de los transtornos de la deglución. Madrid.

Escoura JB (1998). "Exercícios e manobras facilitadoras no tratamento de disfagias." CEFAC.

Feinberg, M. J., O. Ekberg, et al. (1992). "Deglutition in elderly patients with dementia: findings of videofluorographic evaluation and impact on staging and management." Radiology **183**: 811-814.

- Felsenthal, G., S. J. Garrison, et al. (1994). Rehabilitation of the aging and older patient.
- Ferreira LP, Befi-Lopes DM, et al. (2004). Tratado de fonoaudiologia. São Paulo, Roca.
- Ferreira, L. P. and H. O. Costa (2001). Voz ativa: falando sobre a clínica fonoaudiológica. São Paulo.
- Filho EDM, Gomes GF, et al. (2000). Manual de cuidadores do paciente com disfagia. São Paulo.
- Finnie NA and organizadores (1980). O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral. São Paulo.
- Fontijn FA, Slagter AP, et al. (2000). "Biting and chewing in overdentures, full dentures, and natural dentitions." J Dent Res **79**(7): 1519-1524.
- Freitas, M. I. A., A. F. Ribeiro, et al. (2007). "Investigação fonoaudiológica de idosos em programa de assistência domiciliar." Einstein **5**(1): 6-9.
- Fucile, S., P. M. Wright , et al. (1998). "Functional oral-motor skills: do they change with age?" Dysphagia **13**: 195-201.
- Furia, C. L. B. and P. Pelegrini. (2007). "Distúrbios alimentares e disfagia: orientações." Retrieved 29/01/2008, from <http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/aptv21.htm>.
- Furkim AM and Silva RG (1999). Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo.
- Furkim, A. M. and C. S. Santini (1999). Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba.
- Giubbina CA and Assencio-Ferreira VJ (2002). "A deglutição na paralisia cerebral." CEFAC **4**: 29-34.
- Groher, M. E. (1997). Dysphagia, Diagnosis and Management. Boston.
- Guitart MB, Boliart RT, et al. (2004). "Actualización en el diagnóstico y el tratamiento de la disfagia neurogênica." FMC **11**(07): 373-382.
- Hamlet, S., J. Choi, et al. (1994). "Quantifying aspiration in scintigraphic deglutition testing: Tissue Attenuation effects." Journal Nucl Med **35**: 107-113.
- Hamlet, S. L., R. L. Patterson, et al. (1994). "Sounds of swallowing following total laryngectomy." Dysphagia **7**: 160-165.
- Helfrich-Miller, K. R., K. L. Rector, et al. (1986). "Dysphagia: its treatment in the profoundly retarded patient with cerebral palsy." Arch Phys Med Rehabil **67**: 520-525.
- Hernandez, M. and I. Q. Marchesan (2001). Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar. São Paulo.
- Heyman , S. e M. Respondek (1985). "Detection of pulmonary aspiration in children by radionuclide "salivogram". " Journal Nucl Med **30**: 697-699.

Horner, J. e E. W. Massey (1988). "Silent aspiration following stroke." Neurology **38**: 317-319.

Hudson, H. M., C. R. Daubert, et al. (2000). "The interdependency of protein-energy malnutrition, aging, and dysphagia." Dysphagia **15**: 31-38.

Issa, P. C. M. (2003). "Avaliação estrutural e funcional da deglutição dos idosos, com e sem queixas de disfagia, internados em uma enfermagem geriátrica.", from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-12102006-090731/publico/Mestrado.pdf>.

Jacobi, J. S., D. S. Levy, et al. (2003). Disfagia: Avaliação e Tratamento. Rio de Janeiro, Revinter.

Jaradeh, S. (1994). "Neurophysiology of swallowing in the aged." Dysphagia **9**: 218-220.

Johnson, E. R., S. Mckenzie, et al. (1993). "Aspiration pneumonia in stroke." Arch Phys Med Rehabil **74**: 973-976.

Jorge SG (2004) Disfagia. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines Volume, DOI:

Kayser-Jones, J. e K. Pengilly (1999). "Dysphagia among nursing home residente." J Geriatr Nurs **20**: 77-82.

Kidd, D., R. Lawson, et al. (1993). "Aspiration in acute stroke: A clinical study with videofluoroscopy." J. Med **86**: 825-830.

Krakauer, L. H. e H. Guilherme (1998). "Relação entre respiração bucal e alterações posturais em crianças: uma análise descritiva." Rev Soc Bras Fonoaudiol **1**: 18-25.

Kubo, H., K. Nakayama, et al. (2005). "Medical treatments and cares for geriatric syndrome: new strategies learned for frail elderly." Tohoku J Exp Med. **205**: 205-214.

Langmore, S. E., K. Schatz, et al. (1991). "Endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing and aspiration." Ann Otol Rhinol Laryngol **100**: 678-681.

Leder, S. B. (1996). "Gag reflex and dysphagia." Head-Neck **18**(2): 138-141.

Logemann, J. A. (1990). "Factors affecting ability to resume oral nutrition in the oropharyngeal dysphagic individual." Dysphagia **04**: 202-208.

Logemann, J. A. (1998). Evaluatin and treatment of swallwing disorders. Texas, Pro-ED.

Logemann, J. A., S. Veis, et al. (1999). "A screening procedure for oropharyngeal dysphagia." Dysphagia **14**(01): 44-51.

Loggeman, J. A. (1990). "Effects of aging on the swalling mechanism." Otolaryngologic Clinic Of North America **23**(6): 1045-1056.

Loughlin , G. M. (1989). "Respiratory consequences of dysfunctional

swallowing and aspiration." Dysphagia 4(3): 126-130.

Macedo, E. D. F., J. C. Pissani, et al. (1998). Disfagia - Abordagem Multidisciplinar. São Paulo.

Maciel, A. S. e D. S. Maciel (2003). "Deglutição de idosos sem alterações neurológicas: relato de caso." CEFAC 5: 41-44.

Maksud, S. S. e L. F. N. Reis (2003). "Disfagia no idoso: risco (in) visível." CEFAC 5: 251-257.

Mann-Carnaby GM, Lenius K, et al. (2007). "Update on assessment and management of dysphagia post stroke." Northeast Florida Medicine 58(02): 31-34.

Mann-Carnaby, G. M., G. J. Hankey, et al. (2000). "Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy." Cerebrovascular Diseases 10: 380-386.

Manrique D, Melo ECM, et al. (2001). "Avaliação nasofibrolaringoscópica da deglutição em crianças." Rev. Bras. Otorrinolaringol 67(06).

Marchesan, I. Q. (1998). Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro.

Minervini, G., F. Scioli, et al. (1990). "Respiratory and deglutition pathology in malocclusion." Arch Stomatol 31: 217-227.

Murteira, B., et al, (2008). "Introdução à Estatística". Espanha, McGraw-Hill.

Nilson, H., O. Ekberg, et al. (1996). "Quantitative aspects of swallowing in an elderly nondysphagic population." Dysphagia 11: 180-184.

OMS. (2003). "CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde". Organização Mundial da Saúde from <http://www.arquivo.esse.ips.pt/esse/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>.

O'Loughlin, G. e C. Shanley (1998). "Swallowing problems in thenursing honre: a novel training response." Dysphagia 13: 172-183.

Odderson, R. e S. Mckenna (1993). "A model for management of patients with stroke during the acute phase." Stroke 24(12): 1823-1827.

Padovan, B. (1976). "Deglutição atípica." Rev Ortodontia 9.

Padovani AR, Moraes DP, et al. (2007). "Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia – PARD." Rev Soc Bras de Fonoaudiol 12(03): 199-205.

Palazzo, G. (2001). "Aspetti morfo-funzionali dell'apparato stomatognatico nell'edentulo totale: riabilitazione protesica." Minerva Stomatol 50(5): 165-171.

Papaleão, N. M. (1996). Gerontologia. São Paulo.

Perlman, A. L. e K. Schulze-Delrieu (1997). Deglutition and its disorders. San Diego.



- Pires, S. L., R. J. Gagliardi, et al. (2004). "Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos." Arq Neuropsiquiatria **62**(3-B): 844-851.
- Rademaker, A. V., B. R. Pauloski, et al. (1998). "Age and volume effects on liquid swallowing function in normal women." J Speech Lang Hear Res **41**: 275-284.
- Ramsey D, Smithard DG, et al. (2003). "Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients." Stroke **34**(05): 1252-1257.
- Ray, J. (2001). "Functional outcomes of orofacial myofunctional therapy in children with cerebral palsy." J Orofacial Myology Appleton **27**(5).
- Robbins, J., J. Hamilton, et al. (1992). "Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages." Gastroenterology **103**: 823- 829.
- Rosado CV, Amaral LKM, et al. (2005). "Avaliação da disfagia em pacientes pediátricos com traumatismo crânio-encefálico." CEFAC **7**(1): 34-41.
- Rosenbeck, J., J. Robbins, et al. (1996). "A penetration-aspiration scale." Dysphagia **11**: 93-98.
- Russo, J. P. (1999). Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro.
- Sant'ana, R. B. (2002). "Estudo videofluoroscópico da deglutição de pacientes portadores da esclerose lateral amiotrófica." Rev Cefac **4**: 127-130.
- Sayeg, M. A. (1998). "Envelhecimento bem sucedido e o auto cuidado: algumas reflexões." Arq Geriatr Gerontol **2**(3): 96-98.
- Schindler JS e Kelly JH (2002). "Swallowing disorders in the elderly." Laryngoscope **112**: 589-602.
- Schinestock, P. (1996). "A relação da maloclusão dentária, a respiração bucal e as deformidades esqueléticas." J. Bras. Ortod. Ortoped. Maxilar **11**: 45-55.
- Shanley, C. e G. O'Loughlin (2000). "Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management protocol." J. Gerontol Nurs **26**: 35-48.
- Shore, B. A., R. L. Babbitt, et al. (1998). "Use of texture feeding in the treatment of food selectivity." J App Behav Anal **31**: 621-633.
- Silker, K. M. e D. Van Nostrand (1994). "Scintigraphic detection of salivary aspiration: description of a new diagnostic technique and cases reports." Dysphagia **7**: 45-49.
- Silva, L. M. (2006). "Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso." Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. **9**(2).
- Silva MAA, Natali V, et al. (2007). "Análise comparativa da mastigação de crianças respiradoras nasais e orais com dentição decídua." CEFAC **9**(2): 190-198.

Smith, H. C. A. e L. B. Glodstein (2006). "Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines." Chest **129**(01): 154-168.

Smithard, D. G., P. A. O'Neill, et al. (1997). "The natural history of dysphagia following a stroke." Dysphagia **12**: 188-193.

Suzuki, H., A. Duprat, et al. (1998). "Comparando avaliação fonoaudiológica, nasolaringoscopia e videofluoroscopia em idosos sem queixa de deglutição." Disturb Comun **10**(1): 91-109.

Takacs, A. P., V. Valdrighi, et al. (2002). "Fonoaudiologia e estética: unidas a favor da beleza facial." Rev CEFAC **4**: 111-116.

Tanure, C. M. C., J. P. Barboza, et al. (2005). "A deglutição no processo normal de envelhecimento." Rev CEFAC **7**(2): 171-177.

Toledo, M. A. V. (2004). Geriatria e Gerontologia. Brasília.

Tsuda LB (2003). "Disfagia Neurogênica em Paciente com Paralisia Cerebral " CEFAC.

Valim, M. A. e et. al. (2007). "A relação entre o tempo máximo de fonação, frequência fundamental, proteção de vias aéreas inferiores no paciente com disfagia neurogênica." Arq. Int. Otorrinolaringol **11**(03): 260-266.

Vergis EN, Brennen C, et al. (2001). "Pneumonia in long-term care: a prospective case-control study of risk factors and impact on survival." Arch Intern Med **161**(19): 2378-2381.

Weetch, R. (2001). "Feeding problems in elderly patients." Nursing Times **97**(16): 60-61.

Weikersheimer, T. K. (1997). "Conhecendo o Parkinsonismo - Algumas Reflexões e Teorias." CEFAC.

Wu, C. M., T. Y. Hsiao, et al. (1997). "Evaluation of swallowing safety with fiberoptic endoscope: comparison with videofluoroscopy technique." Laryngoscope **107**: 396-401.

Xerez, D. R., Y. S. V. Carvalho, et al. (2004). "Estudo clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do Acidente Vascular Encefálico." Radiology Bras. **37**(1): 9.-14.

Zenner, P. M., D. S. Losinski, et al. (1995). "Using cervical auscultation in the clinical dysphagia examination in long-term care." Dysphagia **10**: 27-31.

Zenil-man, M., Roslyn, J. J., (1994). "The Surgical Clinics of North America" F. Radke **74**: 93-112.

## **Anexos**

### **1.1. Modelo Termo de Consentimento Concelho Directivo**

**Assunto: Resposta ao pedido de autorização para realização da recolha de dados para investigação de Tese de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição.**

A Terapeuta da Fala Juliana Sá, aluna do curso do mestrado em Ciências da Fala e da Audição da Universidade de Aveiro, expos os objectivos da investigação de desenvolver um protocolo de anamnese e avaliação para despistar a disfagia em pacientes idosos, visto que o despiste pode trazer um benefício na qualidade de vida para as pessoas. Bem como informou a metodologia a ser desenvolvida em que implicaria a aplicação de um protocolo que consiste em duas partes, uma anamnese e uma avaliação. Cada pessoa deverá responder quando possível, a uma entrevista sobre a história clínica e sobre a patologia acometida e depois ser examinado fisicamente, somente na região da cabeça e pescoço, em relação a motricidade e mobilidade da musculatura, e as funções de mastigação e deglutição. Esta avaliação não oferece qualquer tipo de risco e/ou desconforto para o paciente. Os resultados serão analisados em conjunto sem qualquer referência pessoal, e serão apresentados de forma quantitativa.

Dessa forma, para os devidos fins, nós do Centro Paroquial de Maceda/Válega, autorizamos a recolha dos dados desta mesma pesquisadora em nossas dependências.

Sem mais de momento,

---

Presidente do Concelho Executivo do Centro Paroquial de Maceda/Válega

## **2.2. Modelo Termo de Consentimento para cada utente**

### **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo  
2000)*

*Designação do Estudo:*  
**Deglutição e Envelhecimento**

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----  
-----, compreendi a explicação que me foi  
fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo  
em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de  
todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da  
Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os  
métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me  
afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso  
possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.  
Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo  
investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2009

*Assinatura do doente ou voluntário são:* \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

*Nome:*

*Assinatura:*

## Anexo A. Protocolo de Anamnese da Disfagia

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_

Cuidador/Acompanhante: \_\_\_\_\_

Encaminhado por: \_\_\_\_\_

História sociofamiliar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Queixas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data de início e evolução da dificuldade para deglutir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qual o impacto social e emocional para o utente e para a família: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais as expectativas em relação à terapia da fala: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **2. História clínica**

☐ Alcoolismo      ☐ Cardiopatia      ☐ Diabetes      ☐ Doença pulmonar

☐ Hipertensão      ☐ Tabagismo

☐ Cirurgia      Qual (is)? \_\_\_\_\_

☐ Outros      Explicitar: \_\_\_\_\_

Traqueostomia:      ☐ Não      ☐ Sim      Tipo: \_\_\_\_\_

Tempo de uso: \_\_\_\_\_ Válvula de fala: ☐ Não      ☐ Sim

Posição do cuff:      ☐ Inflado      ☐ Semi-insuflado      ☐ Desinsuflado

Complicações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicação tomada actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **3. História da doença de base:**

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_

Evolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados de exames complementares: \_\_\_\_\_

Internamento hospitalar: ☐ Não ☐ Sim Tempo: \_\_\_\_\_

Internamento em UCI: ☐ Não ☐ Sim Tempo: \_\_\_\_\_

Entubação: ☐ Não ☐ Sim Tempo: \_\_\_\_\_

Sonda de alimentação: ☐ Não ☐ Sim Tempo: \_\_\_\_\_

Quem retirou: \_\_\_\_\_ Quando: \_\_\_\_\_

Respiração artificial: ☐ Não ☐ Sim Tempo: \_\_\_\_\_

Coma: ☐ Não ☐ Sim Tempo: \_\_\_\_\_

Convulsões: ☐ Não ☐ Sim Frequência: \_\_\_\_\_

Pneumonias: ☐ Não ☐ Sim Frequência: \_\_\_\_\_

Funcionamento do aparelho digestivo: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

#### **4. Comunicação, Linguagem, Fala e Voz**

Comunicação: ☐ Oral ☐ CSA

Qual estratégia utilizada para que ocorra a comunicação efectiva: \_\_\_\_\_

Presença de alteração da linguagem? ☐ Não ☐ Sim

Estado de alerta: ☐ Preservado ☐ Alterado

Capacidade de cooperação/seguir instruções: \_\_\_\_\_

Época do aparecimento: ☐ Anterior à dificuldade de deglutir ☐ Concomitante

☐ Posterior à instalação da dificuldade de deglutir

Dificuldade de articulação? ☐ Não ☐ Sim Tipo: \_\_\_\_\_

Presença de alteração vocal? ☐ Não ☐ Sim Tipo: \_\_\_\_\_

### **5. Alterações Motoras**

Presença de distúrbio motor? ☐ Não ☐ Sim

Qual? \_\_\_\_\_

☐ Paresia ☐ Paralisia

☐ Outros Explicitar: \_\_\_\_\_

☐ Membros afectados \_\_\_\_\_

### **6. História alimentar**

---

---

---

#### **Actualmente:**

☐ Via oral ☐ Alternativa ☐ Mista

#### **a. Em caso de alternativa:**

##### **Tipo da sonda:**

☐ Orogástrica ☐ Nasogástrica ☐ Nasoentérica ☐ Gastrostomia

Alimentação completa por sonda? ☐ Não ☐ Sim

Volume dado via sonda: \_\_\_\_\_

Administrado por quem: \_\_\_\_\_



**b. Em caso de via oral:**

Prazer alimentar: ☐ Não ☐ Sim

Autonomia alimentar: ☐ Não ☐ Sim Quem alimenta: \_\_\_\_\_

Engasgo: ☐ Não ☐ Sim

Quando ocorre: \_\_\_\_\_

Com qual alimento ocorre: \_\_\_\_\_

O que fazem quando ocorre: \_\_\_\_\_

Consistência: ☐ Líquido fino ☐ Líquido engrossado ☐ Pastoso

☐ Sólido irregular ☐ Sólido regular

Temperatura preferencial: ☐ Quente ☐ Frio Porque: \_\_\_\_\_

Quantidade administrada via oral (em ml): \_\_\_\_\_

Tempo de refeição: \_\_\_\_\_

Frequência de alimentação: \_\_\_\_\_

Utensílios utilizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Postura para alimentar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preferência alimentar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimentos que evita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessita de manobra para deglutir: ☐ Não ☐ Sim

Quem indicou a manobra: \_\_\_\_\_

Qual manobra utiliza: \_\_\_\_\_

Manobra ocorre em qual (is) consistência (s):

☐ Líquido fino      ☐ Líquido engrossado      ☐ Pastoso      ☐ Sólido irregular

☐ Sólido regular

Necessidade de complemento alimentar:      ☐ Não      ☐ Sim

Há presença de dor ao deglutir:      ☐ Não      ☐ Sim

Onde: \_\_\_\_\_

A dor ocorre com que tipo de alimento: \_\_\_\_\_

Há regurgitação: ☐ Não      ☐ Sim

Quando: ☐ Logo após a alimentação      ☐ Minutos ou horas depois da alimentação

☐ Ao deitar-se      Frequência: \_\_\_\_\_

Há refluxo gastroesofágico: ☐ Não      ☐ Sim      Frequência: \_\_\_\_\_

Há sialorréia:      ☐ Não      ☐ Sim

Há xerostomia:      ☐ Não      ☐ Sim

Aparecimento: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Perda de peso: ☐ Não      ☐ Sim      Quilos perdidos: \_\_\_\_\_      Tempo: \_\_\_\_\_

Desidratação:      ☐ Não      ☐ Sim

Desnutrição:      ☐ Não      ☐ Sim

Observações do terapeuta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Terapeuta da Fala

## Anexo B. Protocolo de Avaliação da Disfagia

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1) Dados Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_

Cuidador/Acompanhante: \_\_\_\_\_

Clínica e Médico responsáveis: \_\_\_\_\_

História Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2) Avaliação Estrutural:

#### ▪ Face:

Assimetria: ☐ Ausente ☐ Presente: ☐ Direita  
☐ Esquerda

Paralisia: ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Central  
☐ Direita  
☐ Esquerda  
☐ Periférica

Hipotonia: ☐ Ausente ☐ Presente

Anomalias estruturais: ☐ Ausente ☐ Presente, quais: \_\_\_\_\_

Tipo facial: ☐ Dolicocefálico ☐ Mesocefálico ☐ Braquicefálico

Movimentos:

Enrugar a testa: ☐ Ausente ☐ Presente: ☐ Direita  
☐ Esquerda

Fechar os olhos com força: ☐ Ausente ☐ Presente: ☐ Direita  
☐ Esquerda

Enrugar o nariz: ☐ Ausente ☐ Presente: ☐ Direita  
☐ Esquerda

▪ **Lábios:**

Posição habitual em repouso: ☐ Encerrados ☐ Não encerrados  
Simetria labial: ☐ Ausente ☐ Presente  
Tónus em posição habitual: ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Diminuído  
Mobilidade: Protrusão: ☐ Ausente ☐ Esboça ☐ Presente  
Retracção: ☐ Ausente ☐ Esboça ☐ Presente  
Lateralização: ☐ Ausente ☐ Esboça ☐ Presente  
☐ Direita  
☐ Esquerda  
Tónus em postura sustentada: ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Diminuído

▪ **Bochechas:**

Simetria: ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Direita  
☐ Esquerda  
Tónus em posição de repouso: ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Diminuído  
☐ Direita  
☐ Esquerda  
Mobilidade: Encher: ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Direita  
☐ Esquerda  
Tónus em postura sustentada: ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Diminuído  
☐ Direita  
☐ Esquerda

▪ **Dentição:**

☐ Completa ☐ Incompleta, nº de dentes \_\_\_\_\_  
Conservação: ☐ Presença de mutilações ☐ Presença de cáries  
Próteses dentárias: ☐ Ausente ☐ Presente  
☐ Total ☐ Parcial  
☐ Superior ☐ Inferior  
☐ Adaptada ☐ Inadaptada  
Higiene: ☐ Ausente ☐ Presente

▪ **Língua:**

Anomalias estruturais: ☐ Ausentes ☐ Presentes, quais: \_\_\_\_\_

---

Higiene: ☐ Ausente ☐ Presente

Posição habitual em repouso: ☐ Intra-oral ☐ Interdental

Protrusão: ☐ Ausente ☐ Presente

Desvio: ☐ Direita  
☐ Esquerda

Retracção: ☐ Ausente ☐ Presente

Lateralização:

Direita ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Normal

Esquerda ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Normal

Supraversão interna: ☐ Ausente ☐ Presente

Supraversão externa: ☐ Ausente ☐ Presente

Rotação: ☐ Ausente ☐ Presente

Infraversão interna: ☐ Ausente ☐ Presente

Infraversão extrema: ☐ Ausente ☐ Presente

Presença de movimentos involuntários: ☐ Ausente ☐ Presente, quais: \_\_\_\_\_

---

▪ **Gengiva e mucosas orais:**

Coloração: ☐ Normal ☐ Anormal, qual: \_\_\_\_\_

Humidificação: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Aumentada  
☐ Diminuída

Processos infecciosos/inflamatórios: ☐ Ausentes ☐ Presentes

▪ **Palato Duro:**

Configuração: ☐ Normal ☐ Ogival ☐ Atrésico

Anomalias: ☐ Ausentes ☐ Presentes, quais: \_\_\_\_\_

---

▪ **Palato Mole:**

Configuração: ☐ Normal ☐ Encurtado

Anomalias: ☐ Ausentes ☐ Presentes, quais: \_\_\_\_\_

---

Mobilidade na emissão da vogal /a/ sustentada: ☐ Ausente ☐ Presente

Mobilidade na emissão da vogal /a/ intermitente: ☐ Ausente ☐ Presente

Paresia: ☐ Ausente ☐ Presente

Paralisia: ☐ Ausente ☐ Presente

▪ **Reflexos:**

Mordida: ☐ Ausente ☐ Presente

Sucção: ☐ Ausente ☐ Presente

Palatal: ☐ Ausente ☐ Presente

☐ Normal ☐ Hiperreflexia ☐ Hiporreflexia

Vômito: ☐ Ausente ☐ Presente

☐ Normal ☐ Anteriorizado ☐ Posteriorizado

Tosse: ☐ Ausente ☐ Presente

☐ Normal ☐ Fraca

Deglutição voluntária d saliva: ☐ Ausente ☐ Presente

☐ Normal ☐ Atrasado

▪ **Mandíbula:**

Abertura: ☐ Ausente ☐ Presente

Desvio: ☐ Direita

☐ Esquerda

Encerramento: ☐ Ausente ☐ Presente

Desvio: ☐ Direita

☐ Esquerda

Lateralidade: ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Direita

☐ Esquerda

Protrusão: ☐ Ausente ☐ Presente

Presença de alterações na ATM: ☐ Dor ☐ Estalos

☐ Sensação de corpo estranho ☐ Trismo

☐ Direita

☐ Esquerda

▪ **Laringe:**

Elevação durante a deglutição de saliva: ☐ Ausente ☐ Presente

Dor: ☐ Ausente ☐ Presente

Crepitação: ☐ Ausente ☐ Presente

Voz: ☐ Rouca ☐ Soprosa ☐ Áspera ☐ Molhada

▪ **Sensibilidade:**

Facial: ☐ Normal ☐ Hiperssensibilidade ☐ Hipossensibilidade

Simetria: ☐ Direita e esquerda ☐ Direita ☐ Esquerda

Intra-oral: ☐ Normal ☐ Hiperssensibilidade ☐ Hipossensibilidade

Paladar: Azedo: ☐ Ausente ☐ Presente

Doce: ☐ Ausente ☐ Presente

Amargo: ☐ Ausente ☐ Presente

Salgado: ☐ Ausente ☐ Presente

▪ **Respiração:**

Modo: ☐ Nasal ☐ Oral ☐ Mista

Tipo: ☐ Costal superior ☐ Abdominal ☐ Costo-diafragmática

☐ Diafragmática

**3) Avaliação Funcional:**

Postura do paciente: \_\_\_\_\_

Durante a mastigação: a) Eficiência de captação: ☐ Preservada ☐ Alterada,  
decorrente de \_\_\_\_\_

b) Preparação do bolo: ☐ Adequada ☐ Alterada,  
especifique \_\_\_\_\_

**Mastigação e deglutição:**

	Líquido	Pastoso	Sólido
Encerramento labial			
Escape oral anterior			
Escape oral posterior			
Reflexo de deglutição			
Estase alimentar			
Diminuição da elevação da laringe			
Deglutições múltiplas			

Refluxo nasal			
Alteração na ausculta cervical			
Tosse ou engasgo			
Voz molhada após a deglutição			
Alteração respiratória			
Sudorese			
Sonolência			
Cianose			
Sialorréia			
Resíduos orais após deglutição			
Outros (soluços...):			

Tipos de manobras: ☐ de cabeça ☐ de tronco ☐ Mendelsohn  
☐ deglutição múltipla ☐ Masako ☐ Outras, quais: \_\_\_\_\_

Paciente apto para protecção de vias aéreas: ☐ Não ☐ Sim

Quadro Respiratório:

Saturação de O<sub>2</sub>: a) Antes da alimentação: \_\_\_\_\_%

b) Durante a alimentação: \_\_\_\_\_%

c) Depois da alimentação: \_\_\_\_\_%

Frequência respiratória: \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_

Observações (tipo de alimento, quantidade, utensílio, tempo, manobras): \_\_\_\_\_

---



---



---

#### 4) Necessidade de exames complementares:

Indicações: Videofluoroscopia da deglutição: ☐ Não ☐ Sim

Endoscopia da deglutição: ☐ Não ☐ Sim

Nasofaringoscopia: ☐ Não ☐ Sim

Raio X: ☐ Não ☐ Sim

Outros: \_\_\_\_\_



Resultados dos exames complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Terapeuta da fala